

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST – GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN DOCENCIA SUPERIOR

IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN POR LAS(OS)  
ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS DE  
LA CAJA DE SEGURO SOCIAL,  
REGIÓN DE HERRERA

Por:

Luis Antonio Lu Navarro



Tesis presentada como uno de los  
requisitos para optar al grado de Maestro  
de Ciencias de la Educación con  
Especialización en Docencia Superior.

CHITRÉ, PROVINCIA DE HERRERA

2005



UNIVERSIDAD DE PANAMA  
VIRERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:

DOCENCIA SUPERIOR. CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO

**Título del Trabajo de Tesis:** Identificación y Manejo de la Depresión por las Enfermeras Generalistas de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera.

Nombre del Estudiante: Luis Lu Cédula: 6-86-566

Miembros del Jurado: Calificaciones que otorgan:

a. Maximino Espino	<u>100</u>
b. Ema de Gil	<u>100</u>
c. Doralis Herrera	<u>100</u>
Nota Final Promedio	<u>100</u>

Observaciones Generales del Jurado:

- Estudio revela una debilidad del curriculum formativo de la enfermera sobre una patología que va en aumento en la sociedad actual.
- Brinda una propuesta innovadora, económica y accesible a los profesionales de la enfermería.
- La propuesta debe remitirse a los sistemas de docencia en enfermería como aporte a los programas de educación continua

Firma de los Miembros del Jurado

a. Maximino Espino

b. Doralis H. de la Cruz

c. Ema de Gil

Firma de coordinador del Programa

Firma del Representante de la  
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Luis Antonio Lu N.  
Firma del Estudiante

Fecha: 6 de septiembre 2005.



15 DIC 2005

APROBADO POR:

Director de Tesis \_\_\_\_\_

Miembros del Jurado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Vicerrectoría de Investigación y Post- Grado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **DEDICATORIA**

Con amor y cariño a mi esposa Diana J. Chan, mi madre Antonia Navarro y a mis hijos Diana Carolina y Camilo Alberto quienes son la fuente de mi inspiración y objeto de mis conquistas.

**Luis.**

## **AGRADECIMIENTO**

Me complace expresar mi gratitud y reconocimiento a quienes compartieron conmigo su valioso tiempo y sabios conocimientos; en forma especial al Doctor Maximino Espino Cedeño y a la Magistra Delia Barrios.

Con toda sinceridad agradezco, igualmente, a todas aquellas personas que de una manera u otra me brindó su apoyo y cooperación.

## **ÍNDICE GENERAL**



	Página
RESUMEN.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	xix
CAPÍTULO PRIMERO	
ASPECTOS GENERALES.....	1
1. Situación actual del problema.....	2
2. Antecedentes del problema.....	3
3. Planteamiento o formulación del problema.....	7
3.1. Sistematización del problema.....	8
4. Supuesto general.....	8
5. Objetivos del estudio.....	9
5.1. Objetivo general.....	9
5.2. Objetivos específicos.....	9
6. Restricciones o limitaciones.....	10
7. Justificación.....	10
CAPÍTULO SEGUNDO	
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	13
1. Aspectos teóricos sobre la depresión.....	14
1.1. Delimitación conceptual de la depresión.....	14
1.2. Identificación, síntomas típicos y adicionales.....	15

	Página
1.3. Los episodios depresivos.....	16
1.4. Causas de la depresión.....	17
1.5. Factores de riesgo de la depresión.....	19
1.6. Factores indicadores de riesgo para el suicidio.....	21
1.7. Tratamiento de la depresión.....	23
1.8. Tipos de tratamientos para la depresión.....	29
1.9. Niveles de atención de la depresión.....	37
1.10. Actividades de la enfermera(o).....	39
1.11. Educación a la familia de lo que puede hacer para ayudar al paciente deprimido.....	41
2. Formación de la enfermera(o) generalista en cuanto a la identificación y manejo de la depresión.....	43
2.1. Plan de estudio.....	46
CAPÍTULO TERCERO	
DIRECCIONES METODOLÓGICAS.....	48
1. Alcance, cobertura o delimitación del estudio.....	49
2. Formulación del supuesto de la investigación.....	49
3. Definición operacional de variables.....	49
4. Tipo y diseño de la investigación.....	51

	Página
5. Sujetos: Población.....	53
6. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos....	53
6.1. Técnica.....	53
6.2. Descripción del instrumento.....	53
6.2.1. La encuesta.....	53
7. Procedimiento.....	55
CAPÍTULO CUARTO	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	57
1. Antecedentes del desarrollo de la encuesta.....	58
2. Objetivo del análisis estadístico de la encuesta.....	58
3. Diseño del método de análisis de resultados de la encuesta...	60
4. Dimensión de conocimiento.....	60
5. Dimensión de tratamiento.....	67
6. Dimensión de manejo.....	70
7. Dimensión de valoración.....	73
8. Generalidades de las(os) enfermeras(os) generalistas encuestados.....	76
CONCLUSIONES.....	82
RECOMENDACIONES.....	86

	Página
CAPÍTULO QUINTO	
PROPUESTA.....	90
1. Antecedentes diagnósticos.....	91
2. Antecedentes teóricos.....	92
3. Objetivos.....	93
3.1. Objetivo general.....	93
3.2. Objetivos específicos.....	94
4. Direcciones metodológicas.....	94
5. Texto cognitivo de aprendizaje, identificación y manejo de la depresión.....	97
BIBLIOGRAFÍA.....	143
ANEXOS.....	146

## **ÍNDICE DE CUADROS**

Cuadro	Descripción	Página
1	Nivel de conocimiento que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, en relación con lo que es la depresión.....	62
2	Nivel de conocimiento que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, con relación a cuál es el requisito indispensable para hacer el diagnóstico de la depresión.....	63
3	Nivel de conocimiento que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, sobre cuales son los signos y síntomas que no se observan en el paciente deprimido.....	63
4	Nivel de conocimiento que poseen las (os) enfermeras (os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, con relación a la situación que suele estar asociada a la depresión.....	64
5	Nivel de conocimiento que poseen las (os) enfermeras (os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, sobre los síntomas que generalmente no se presentan en la depresión..	64
6	Nivel de conocimiento que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, con relación a cuáles son las causas de la depresión.....	65
7	Nivel de conocimiento que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, sobre cuál es la población con menos riesgo de sufrir depresión.....	66
8	Nivel de conocimiento que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la	

	Caja de Seguro Social, Región de Herrera, sobre cuál es el tipo de psicoterapia más útil para mejorar el cuadro depresivo.....	68
9	Nivel de conocimiento que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, con relación a que aspecto positivo se logra con un tratamiento adecuado de la depresión.....	68
10	Nivel de conocimiento que poseen las(os) enfermera (os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, sobre el tratamiento que no está indicado en la depresión.....	69
11	Nivel de conocimiento que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, con relación al efecto secundario que no se presentan en pacientes que toman antidepresivos tricíclicos.....	69
12	Nivel de conocimiento que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, con relación a quién es el primer contacto de la persona deprimida en los servicios de salud.....	71
13	Nivel de conocimiento que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, con relación a dónde debe ser referido el paciente deprimido una vez lo capte.....	71
14	Nivel de conocimiento que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, sobre qué aspectos no se debe incluir en la educación de la familia del paciente deprimido.....	72

Cuadro		Página
15	Opinión de las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, en relación si el paciente deprimido debe recibir atención sólo por un personal especializado.....	72
16	Opinión de las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, en relación si el ofrecer atención de enfermería a pacientes con depresión les produce inseguridad	74
17	Opinión de las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, con relación a la disponibilidad de participar en un programa de docencia en servicio sobre la identificación y manejo del paciente con depresión.....	75
18	Clasificación de las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, según años de servicio profesional.....	77
19	Respuestas de las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las Instalaciones de Salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, con relación a si ha recibido capacitación en servicio sobre la identificación y manejo del paciente con depresión.....	78
20	Consideraciones de las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las Instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, sobre la importancia de estar capacitados(as) para poder identificar y manejar al paciente con depresión.....	79
21	Opinión de las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, con relación a las razones del porqué es importante estar capacitado(a) para poder identificar y manejar al paciente con depresión.....	80



## **RESUMEN - SUMMARY**

## RESUMEN

La depresión se ha convertido en un problema de Salud Pública, generado por la problemática socioeconómica y psico-social que cada vez más agobia a la población. Esto requiere de la adopción de medidas urgentes para su prevención, tratamiento y control.

Frente a esta realidad, surge la necesidad de fortalecer la red de atención primaria, en la cual la enfermera juega un papel determinante. Este personal formado de manera generalista no logra profundizar en el desarrollo de habilidades y destrezas para la identificación y el manejo de la depresión.

Es esta realidad la que motiva realizar un estudio de naturaleza descriptiva, con el fin de analizar el nivel de conocimiento, habilidades y destrezas que poseen las(os) enfermeras(as) generalistas para afrontar esta situación; a fin de contar con elementos de juicio que permitan comprender y plantear alternativas conducentes a mejorar la calidad de atención a los pacientes con estas patologías mentales.

Con este propósito se diseña y aplica un cuestionario a toda la población de enfermeras(os) (33) que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera. El análisis y la interpretación de resultados revelan entre otras cosas que si bien hay un conocimiento teórico sobre la depresión, el 74% de la población en estudio no ha recibido capacitación sobre el tema y tiene limitaciones en cuanto a su tratamiento. Igualmente no hay claridad en cuanto al manejo administrativo del paciente deprimido (referencia y educación de la familia).

En el marco de estas evidencias, el personal de enfermería revela inseguridad para atender el problema y expresa la necesidad de mejorar su desempeño en el manejo de esta patología.

En consecuencia se sugiere la necesidad de articular un programa de educación continua que le dé prioridad a la capacitación en esta área; para lo cual el estudio presenta una propuesta de actualización mediante la modalidad de un texto cognitivo de aprendizaje que le permite al participante revisar aprendizajes previos, generar el conflicto cognitivo y al final hacer una síntesis y evaluación, acompañado de tareas prácticas sobre los contextos reales.

## Summary

Depression has become an issue in Public Health due to the serious socioeconomic and psychosocial problems that increasingly overwhelm our society. This problem requires the implementation of immediate measures for the prevention, treatment and control of depression.

In view of the harsh reality of these circumstances, we are in need of strengthening the network of primary assistance, an area in which the nurse plays a crucial role. General nurses, given the nature of their generalist training, are not able to, actually develop the skills and abilities required to identify and effectively handle depression.

It is this reality what inspired this study of descriptive nature with the aim of assessing the level of knowledge, ability and skill of general nurses and in the hopes of solving this issue; so as to be able to have an evaluation criteria that allows us to comprehend and propose viable alternatives that can improve the quality of medical assistance for patients suffering from depression.

With this purpose, we have designed a questionnaire and handed it out to a community of the thirty-three (33) nurses that work in the medial centers of the Caja de Seguro Social in the Region of Herrera. The analysis and interpretation of the results obtained reveals, among other things, that although the nurses have some theoretical knowledge about depression, 74% of the population sample has not received training about depression and has limited knowledge in the area of treatment. Also there is ambiguous knowledge concerning the appropriate administrative handling of the depressed patient (references and education for the family).

In the context of this evidence, the, nursing staff displays insecurities when it comes to handling depression and acknowledges the need to improve their performance in the treatment of this pathological condition.

As a result, we propose the, need for a continuous, educational program that prioritizes training in this area. Moreover, this project presents a proposal of actualization through the means of a cognitive learning text that may allow the nurse to review previous knowledge, arise cognitive inquiry, and then summarize and evaluate; and finally consider real-life applications of the theory.

# INTRODUCCIÓN

La depresión constituye un grave problema de salud pública. La carga que impone sobre la población en términos de sufrimiento y discapacidad y los problemas económicos y psico-sociales que generan, justifica ampliamente la adopción de medidas urgentes para su prevención, tratamiento y control.

El primer contacto de las personas afectadas con el sistema de servicio de salud es, habitualmente, el nivel primario de atención. Sin embargo, se ha comprobado en numerosos estudios que una proporción elevada de personas con depresión, no es detectada en el nivel primario; mientras que una fracción importante de los que son diagnosticados no se les trata apropiadamente.

En este sentido, viendo la necesidad imperante que tienen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en este primer nivel de atención, se pretende en este estudio elaborar una propuesta de un programa de Educación Continua en servicio, lo cual contribuirá a mejorar el desempeño laboral de las(os) enfermeras(os) en cuanto a la identificación y manejo de la depresión y así brindarle una atención de calidad a los pacientes que acuden a las Instalaciones de Salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

Para tal efecto, se plantean los objetivos orientados a determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad, y su tratamiento, así como el manejo clínico y valoración que tienen las(os) enfermeras(os) generalistas con relación a la misma.

En esta dirección, se diseña un estudio de naturaleza descriptiva, cuyo supuesto general expresa que el nivel de conocimiento, habilidades y destrezas de las(os) enfermeras(os) generalistas en la identificación y manejo de la depresión incide en la calidad de atención a los pacientes que acuden a las instituciones de Salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera

La población objeto de estudio estuvo conformada por todas las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instituciones de Salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, a los que se le aplicó un instrumento que recogió información sobre las variables: Nivel de conocimiento de la depresión, nivel de conocimiento del tratamiento de la depresión, nivel de conocimiento en el manejo de la depresión y valoración de la depresión.

Recogida toda la información pertinente, se procedió a la tabulación, análisis e interpretación.

El informe de la investigación se estructura en cuatro capítulos. El primero se refiere a las generalidades del estudio y define la situación actual del problema, su planteamiento, supuesto general y objetivos. El segundo desarrolla el Marco Teórico que sustenta el estudio; el tercero desarrolla el Marco Metodológico, que explica el diseño del estudio, describe las variables, caracteriza la población y explica el proceso de elaboración del instrumento y el proceso de recolección de la información, y El

cuarto capítulo desarrolla el proceso de análisis, descripción e interpretación de los resultados, los cuales ponen en evidencia que, entre las variables estudiadas como conocimiento, tratamiento y manejo clínico, hubo deficiencia en la respuesta de las(os) enfermeras(os).

Finalmente, la investigación culminará con las conclusiones, producto del análisis de los resultados obtenidos en el estudio, y también la propuesta de un programa de docencia en servicio, sobre la identificación y manejo de la depresión, dirigido a las(os) enfermeras(os) que laboran en Instituciones de Salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

Luego del estudio exhaustivo sobre el tema en estudio, se plasma la bibliografía y los anexos.

**CAPÍTULO PRIMERO**  
**ASPECTOS GENERALES**



### **1. Situación actual del problema.**

Actualmente hay un desconocimiento de las(os) enfermeras(os) generalistas sobre la identificación y manejo del paciente con depresión. Esta situación trae consigo la falta de detección temprana del paciente con problemas de depresión y si lo identifican es manejado de forma inapropiada; por otro lado, hay una inseguridad de la enfermera(o) en la atención de estos tipos de pacientes; este desconocimiento también la imposibilita para brindarle una orientación adecuada al paciente o familiar sobre la enfermedad, lo que repercute en la calidad de atención que se les brinda. Todas estas situaciones son producto de la formación limitada o muy generalizada de los egresados de la Facultad de Enfermería en esta temática; de igual manera por la falta de interés o motivación de las(os) mismas(os) en el ámbito de atención primaria para capacitarse formalmente o a través de Educación Continúa; muchas veces por prejuicios que tienen sobre la enfermedad mental o a estos tipos de pacientes.

Toda esta problemática, de no subsanarse, tiene repercusión directa que va en detrimento del paciente, sobre todo aumentando la intensidad y duración de los síntomas, su discapacidad, recaídas, recurrencia, aumento de los costos para él mismo y la sociedad. Y por último, puede llegar hasta el suicidio provocándole la muerte.

## **2. Antecedentes del problema.**

Si hacemos referencia a nuestra República de Panamá, podemos decir que su posición geográfica la convierte en un país de tránsito obligado que influye en su desarrollo económico y afecta el desarrollo cultural y el tipo de afecciones mentales de nuestra población; nuestra posición nos hace paso para el tráfico de drogas y aumenta la accesibilidad de los mismos a nuestra población.

Por otro lado, la distribución asimétrica de la población se asocia a diferentes situaciones generadoras de estrés en las distintas regiones, por lo que se requiere de un desarrollo de planes y programas de salud que localicen los problemas y contemplen estas diferencias. De igual manera, nuestra población está envejeciendo, lo que se refleja a través de la razón de la población de más de 60 años “adultos mayores” y el número de “Niños(as) pre- adolescentes” o sea menor de 15 años. En 1970 la proporción de adultos(as) mayores era de 13/100 niños; en 1994 22.2/100 niños. El cambio con elevada representación de adultos mayores trae aumento de la incidencia de enfermedades degenerativas, incluyendo cáncer, trastornos vasculares, demencia y por ende trastornos afectivos.

Los estilos de vida no saludables como respuesta defensiva, debido a una disposición en la familia, trae como consecuencia el aumento de los niveles de ansiedad y las carencias afectivas, favoreciendo el desarrollo de enfermedades crónicas y

degenerativas que se ubican entre las primeras causas de muerte y están asociadas a la depresión.

Los accidentes, suicidios y homicidios y otras violencias fueron la segunda causa de muerte, con una tasa de 46.8 por 100,000 habitantes en el año 2000. Así mismo, podemos identificar en las estadísticas que la tasa anual de muerte por causas externas; que en 1980 los suicidios fueron 39 y en el año 2000 ascendieron a 144.

La tasa de nupcialidad muestra tendencia al descenso, la divorcialidad ha aumentado en los últimos 20 años, siendo en el 2000, de 39 por 10,000 y 8.2 por 10,000 habitantes, respectivamente.

También podemos mencionar que nuestro país está considerado en la faja media de la pobreza con un 15% a 30% de hogares en esta situación; la situación está relacionada con bajos ingresos laborables, familias numerosas y desempleo de algunos de sus miembros. Otros factores que igualmente influyen directamente sobre la Salud Mental de nuestra población son: la criminalidad, discapacidad, vivienda, situación del medio ambiente, conductas y prácticas sexuales, embarazos en adolescentes, infección de VIH/SIDA, tabaquismo, fármaco dependencia y violencia intrafamiliar.

La depresión es un grave problema de Salud Pública, ya que la carga que impone sobre la población en términos de sufrimientos y discapacidades y los problemas

económicos y psico-sociales que generen, justifica la adopción de medidas urgentes para su prevención, tratamiento y control.

Por eso, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó el 26 de septiembre de 1997 la Resolución CD 40 R 19, donde insta a los Estados miembros a desarrollar acciones para el control de los trastornos afectivos en las Américas.

Sobre la base de esto, el Programa Nacional de Salud Mental de 1973, fue revisado en 1983, 1996 y la última revisión en el 2003. Y en él se enfatiza la prestación de Servicios de Salud Mental en el nivel primario, la reforma de los servicios y la importancia de la promoción y prevención. En esta misma línea, y atendiendo a los factores en el ámbito de la población que afecta directamente la Salud Mental, es importante la implementación de programas dirigidos al diseño de protocolos y guías de atención para los trastornos mentales más prevalentes y entre estos la depresión.

Por eso, la educación y capacitación para el personal de salud o de Salud Mental en particular, es una estrategia para perfeccionar y actualizar sus conocimientos y mejorar la calidad de los servicios que ofrece a la población. Así mismo, los servicios de salud deben adaptarse para capacitar en la detección y tratamiento de acuerdo a este perfil epidemiológico y, por otro lado, garantizar la continuidad y mejorar la formación de los profesionales de salud, tanto en el pre-grado,

como postgrado y especialización en el campo de la Salud Mental procurando que esta sea acorde a los principios del Plan de Salud Mental y a los cambios en los conocimientos científicos vigentes; además, enfatizando en la formación psico-social holística, la prevención de patologías y promoción de la salud.

Según el Informe Anual del Programa de Salud Mental y Psiquiatría al nivel de la Caja de Seguro Social, entre las primeras causas de atención en la morbilidad psiquiátrica del adulto para el año 2002 y 2003, tenemos que los trastornos depresivos y la depresión ocupan los dos primeros lugares en todas las Instituciones de la Caja de Seguro Social a escala nacional tanto en las policlínicas como en los hospitales.

Es importante recalcar que el primer contacto de las personas afectadas con el sistema de servicio de salud es, habitualmente, el nivel primario de atención. En nuestras instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera, en este nivel de atención, contamos con 33 enfermeras(os) generalistas egresadas de la Universidad de Panamá.

Las enfermeras generalistas egresadas de este centro de enseñanza superior poseen una preparación académica fundamentada en el plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería, conocimientos que responden en forma general a todas las especialidades. Con esto queremos advertir que dado a lo abarcador del diseño curricular en cuanto a las diversas especialidades médicas, dicho diseño no logra

profundizar en los conocimientos sobre la identificación y manejo de la depresión.

Atendiendo lo antes señalado, podemos decir que, para que una enfermera brinde atención de calidad a un paciente con depresión requiere que sus conocimientos generales sean profundos, de manera que le permitan identificar y manejar la depresión, conocer sobre el tratamiento específico y sus efectos colaterales y qué acciones debe realizar para coadyuvar a la recuperación del paciente. Esto lo logrará la enfermera si en la institución donde labora se implementa un programa de docencia en servicio sobre la identificación y manejo de la depresión.

Actualmente, en las instituciones de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera no existe un programa para tal fin y, además, no se han realizado estudios sobre el tema en estas instituciones. La docencia sobre este tema se ofrece a través de seminarios, charlas, donde se envía un número de enfermeras(os) y las mismas no cumplen muchas veces con las expectativas de las(os) participantes.

### **3. Planteamiento y formulación del problema.**

¿Es necesario la elaboración e implementación de un programa de docencia en servicio, el cual contribuirá a mejorar el desempeño laboral de las(os) enfermeras(os) generalistas en cuanto a la identificación y manejo de la depresión y así brindar una atención de calidad a los pacientes que acuden a las instalaciones de salud de la Caja de

Seguro Social de la Región de Herrera?

### **3.1. Sistematización del problema.**

- ¿Cuáles son los conocimientos sobre identificación y tratamiento de los pacientes con depresión, que tienen las(os) enfermeras(os) generalistas egresadas de la Universidad de Panamá que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera?
- ¿Cuáles son las habilidades y destrezas de que disponen las(os) enfermeras(os) generalistas en el manejo clínico de la depresión?
- ¿Qué actitud y disposición tienen las(os) enfermeras(os) generalistas frente a la atención del paciente con depresión?
- ¿Cuáles son las necesidades formativas que tiene las (os) enfermeras (os) generalistas en cuanto al conocimiento y tratamiento de la depresión?

### **4. Supuesto general.**

Para desarrollar este estudio se requiere un tipo de hipótesis descriptiva, ya que se identificarán los conocimientos que tienen las(os) enfermeras(os) generalistas sobre la identificación y manejo de los pacientes con depresión, además, incluir las áreas de conocimientos para la propuesta curricular y, también, se describirá la propuesta sobre la identificación y manejo de pacientes con depresión.

Tomando como fundamento lo expuesto, se formula el siguiente supuesto:

“El nivel de conocimientos, habilidades y destrezas de las (os) enfermeras (os) generalistas, en la identificación y manejo de la depresión, incide en la calidad de atención a los pacientes que acuden a las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera”.

## **5. Objetivos de estudio.**

### **5.1. Objetivo general.**

Analizar el nivel de conocimientos, habilidades y destrezas que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas en la identificación y manejo de la depresión, a fin de evaluar la calidad de atención que están brindando a los pacientes que acuden a nuestras instalaciones de salud.

### **5.2. Objetivos específicos.**

- Determinar los conocimientos que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas en la identificación de la depresión.
- Estimar los conocimientos que a nivel del tratamiento para la depresión tienen las(os) enfermeras(os) generalistas.



- Determinar las habilidades y destrezas de que disponen las (os) enfermeras (os) generalistas en el manejo clínico de la depresión.
- Interpretar el nivel de valoración de la disposición que tienen las (os) enfermeras (os) generalistas frente a la atención del paciente con depresión.
- Elaborar un programa de docencia en servicio sobre la identificación y manejo de la depresión basándose en las necesidades detectadas a través de la encuesta.

#### **6. Restricciones o limitaciones.**

Para la realización del estudio, se presentaron limitaciones como la dificultad en la aplicación y recolección de las encuestas, debido a los turnos rotativos o vacaciones de algunas enfermeras(os) y la distancia en que están ubicadas las diferentes unidades ejecutoras, pero las mismas fueron superadas.

#### **7. Justificación.**

Actualmente las estadísticas en el ámbito mundial y nacional revelan que la prevalencia de la depresión en la población en general oscila entre el 6% y 25%. Estudios recientes han estimado que existen en el mundo, por lo menos, cien millones de personas que padecen depresión diagnosticable clínicamente y que podrían beneficiarse mediante ayuda profesional.

Nuestra sociedad está sujeta a envejecimiento y, por lo tanto, la depresión clínica es más frecuente. Cualquiera que sea la patología, la depresión es una patología grave. Acarrea consigo una severa morbilidad y una cuantiosa mortalidad; ya que el suicidio causado por depresión se encuentra entre las primeras diez causas de muerte, tanto en mujeres como en varones. El número de enfermeras que laboran en las instituciones de salud de la Caja de Seguro Social suma un total de 36, de las cuales sólo tres son enfermeras(os) especialistas en Salud Mental y Psiquiatría y el resto son enfermeras(os) generalistas que sólo tienen una preparación muy general relacionado a esta materia.

Hasta el momento no se ha realizado ningún tipo de investigación encaminado a solucionar este tipo de problemática. Motivo por el cual nuestra finalidad con esta propuesta es capacitar a las(os) enfermeras(os) generalistas en la identificación y manejo de la depresión.

La preparación sobre la identificación y manejo de los trastornos afectivos que tienen las enfermeras generalistas quienes laboran en estas instituciones, no se ha investigado. He aquí la importancia de esta investigación, ya que demostrará a las administraciones de cada una de estas instalaciones y al Departamento de Enfermería la necesidad de capacitar al personal de enfermería al respecto.

El estudio es novedoso, ya que hasta el momento no se ha efectuado un análisis científico relacionado con esta problemática en estas instituciones y, por ende, no se han

implementado programas de docencia en servicio sobre este tema.

Se espera contribuir, con la capacitación de las(os) enfermeras(os), mediante un programa de Educación Continua sobre identificación y manejo de los pacientes con trastornos afectivos; y a su vez tendrá el beneficio indirecto más importante que es la población de la Región de Herrera la que solicita atención de salud.

Finalmente, existe la posibilidad de extrapolar a otras instituciones de salud de la Región que amerita un programa de docencia como el que se pretende diseñar.

**CAPÍTULO SEGUNDO**  
**MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

## 1. Aspectos teóricos sobre la depresión.

### 1.1. Delimitación conceptual de la depresión.

Generalmente se utilizan los términos depresión y trastornos afectivos como equivalentes. En sentido estricto, no lo son; los trastornos afectivos son una categoría amplia de estados de ánimo en los que se presentan dificultades en los campos de las emociones, la capacidad cognoscitiva, el comportamiento y la regulación de las funciones corporales.

*“La Depresión es la forma más común de trastornos afectivos; el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo se valora a sí misma (autoestima) y la forma que uno piensa”. (Orguela, 2000: pp. 26).*

No se puede confundir la depresión con el estado de ánimo decaído que sucede a una experiencia vital adversa, por ejemplo: pérdidas, separaciones, desilusiones, etc. y que es una respuesta normal de carácter transitorio o sea que la tristeza nos da por algún motivo y es pasajera. La depresión, a diferencia de lo que casi todo el mundo piensa, es una enfermedad, como cualquiera otra que requiere atención y cuidados médicos.

Cualquiera persona puede sufrir de depresión; la principal característica de la




depresión es la tristeza sin ningún motivo. Las personas que sufren de depresión se sienten insatisfechos con su vida y desanimadas. Pero, ¡cuidado!, no confunda la depresión con la tristeza. Después de la muerte de un ser querido, de un parto, o de una pérdida es normal su tristeza. Sin embargo, cuando la tristeza y el desánimo son profundos, sin motivos (o demasiado fuertes si hay algún motivo) y dura mucho, pueden ser partes de una depresión.

La depresión “*es la forma más común de los trastornos afectivos, caracterizada por tristeza, falta de interés y otros síntomas psicológicos y somáticos*”. (OMS/OPS, 1999: pp.6).

Es una enfermedad tratable, que a menudo pasa desapercibida, costosa, discapacitante y potencialmente letal.

### **1.2. Identificación, síntomas típicos y adicionales.**

Usted puede estar deprimido si en las últimas dos (2) semanas ha tenido, durante la mayor parte del día o todos los días síntomas típicos:

-  Tristeza o ánimo deprimido.
-  La pérdida de interés por personas, cosas o actividades con las que antes disfrutaba.
-  Aumento de la fatigabilidad o sensación de pérdida de energía.

Y por lo menos cuatro (4) de estos síntomas adicionales:

- ☛ Dificultad de confianza en uno mismo y sentimientos de inferioridad
- ☛ Sentimientos de culpa y de ser inútil
- ☛ Perspectiva sombría del futuro.
- ☛ Pensamientos y / o actos suicidas o auto agresivos
- ☛ Dificultades del sueño ( poco o mucho)
- ☛ Aumento o disminución del apetito con cambios en el peso.

Si no tiene por lo menos dos (2) síntomas típicos, y cuatro (4) o dos (2) adicionales, probablemente estará triste, no deprimido.

### 1.3. Los episodios depresivos.

Según el número, tipo y gravedad de los síntomas podemos clasificar la depresión de la siguiente manera:

- ☛ **La depresión grave.** Se presentan cuando los tres (3) síntomas típicos antes descritos están presente juntos con al menos cuatro (4) de los síntomas adicionales los cuales deben ser de intensidad grave.
- ☛ **La depresión moderada:** Aparece cuando están presentes al menos dos (2) de los síntomas típicos y tres (3) de los adicionales.

- **La depresión leve:** Se puede diagnosticar con dos (2) de los síntomas típicos y dos (2) de los adicionales.

Y otros están relacionados con las funciones corporales. Cuando se presentan pensamientos de muerte, ideas suicidas o intento de suicidio, se han de tomar precauciones extremas, dado el riesgo de que se consume el suicidio.

Cuando la depresión “se acompaña de otros síntomas psiquiátricos graves, como alucinaciones, ideas delirantes o lo que llaman estupor depresivo, que es una inhibición psicomotriz grave, puede tratarse de una depresión psicótica”. (Enciclopedia de Psicología Océano, 1992: pp. 832)

#### **1.4. Causas de la depresión.**

Existe el mito de que la depresión es el resultado de la debilidad de carácter, de que es algo de lo que uno puede “liberarse” con sólo intentarlo un poco.

*“Se evidencia que en la depresión están involucrados aspectos biológicos, factores genéticos, personales y ambientales y su interrelación interviene potencialmente para desatar o alterar el curso o la severidad de la enfermedad”. (Orjuela, op. cit.)*

No podemos asegurarlo a ciencia cierta. Se encuentran posturas partidarias



sobre la consideración endógena, es decir, la depresión debido a factores constitucionales, internos, de origen biológico y de predisposición hereditaria.

Otra postura es la consideración exógena de la depresión, esto es, factores que se encuentran en el medio ambiente del paciente, como estrés, acontecimientos laborales, profesionales, familiares, situaciones de pérdida (la muerte de un ser querido, una ruptura, etc.). Realmente no serían los factores ambientales propiamente dichos los que desencadenan la depresión, más bien sería la forma en que la vive y el cómo reacciona el paciente, lo que puede hacer que se precipite una depresión.

Una tercera postura es la que considera que en una depresión pueden estar implicados ambos factores, tanto endógenas como exógenas, en distintas proporciones en los distintos pacientes.

Si bien las investigaciones han logrado una vasta explicación acerca de la depresión, los científicos todavía no han podido encontrar el mecanismo exacto que la desencadena. Existe una gran posibilidad de que no haya una simple causa. Sin embargo, estudios recientes han conectado a la depresión con cambios genéticos en la composición química del cuerpo. Estos cambios generalmente involucran un desequilibrio en los neurotransmisores (sustancias químicas que permiten que las células del cerebro se comuniquen), en particular serotonina y norepinefrina.

Otros factores, como relaciones familiares negativas, enfermedades graves, pérdidas o cambios significantes y abuso de sustancias pueden causar o complicar la depresión.

### 1.5. Factores de riesgo de la depresión.

La depresión la puede padecer cualquiera persona. Sin embargo, hay personas que tienen más riesgo de sufrir una depresión, entre estos tenemos:

- **Episodios previos de depresión:** La depresión es con frecuencia una enfermedad que se repite (recurrente) por lo que la existencia de episodios previos es un factor de riesgo para que se repita.
- **Historia familiar de trastornos afectivos:** Se deberá averiguar si en la familia ha habido otras personas con esta enfermedad.

*“La depresión es 1- 3 veces más frecuente en las personas con un paciente de primer grado de consanguinidad que ha tenido ese trastorno”. (Lancaster, 1984:pp.35)*

- **Historia de intentos de suicidio:** Están estrechamente relacionados con los trastornos depresivos. Cuando la persona tiene antecedentes de uno o varios intentos previos, las probabilidades de desarrollar un episodio depresivo son altas.

- **Pertenencia al género femenino:** De acuerdo con la mayor parte de los estudios registrados, las mujeres sufren depresión en proporción doble en comparación a la frecuencia de los hombres.

*“La depresión es más frecuente en las mujeres que los hombres, observándose una relación de 2:1”. (Munro y Mcculloch, 1984: pp. 61)*

- **Período Post – Parto:** La depresión post - parto es una depresión muy grave que se presenta en el puerperio inmediato. Sin embargo, no debe confundirse con la tristeza normal que aparece tras el parto en una gran mayoría de mujeres.
- **Padecer una enfermedad grave o discapacitante:** Es otro factor que predispone a la aparición de una depresión.
- **Falta de apoyo social o familiar:** Las personas que viven solas y que no disponen de apoyo de los familiares, amigos y comunidad, tienen un riesgo mayor de sufrir una depresión. Sin embargo, más importante que la existencia de apoyos sociales y familiares es la calidad de los mismos.
- **Estar pasando por momentos difíciles:** Las situaciones adversas como (divorcio, pérdidas, cárcel, etc.), pueden jugar un papel importante en el desencadenamiento de estos trastornos.
- **Abuso de alcohol o drogas:** Pueden asociarse a la depresión de dos maneras; la persona que está deprimida puede empezar a beber o consumir drogas en un

intento de encontrarse mejor, pero en otros casos, la depresión no se desencadena precisamente por el consumo de estas sustancias.

*“En cualquiera de los casos, la confluencia de depresión y abuso de sustancias tóxicas como alcohol, aumenta mucho el riesgo de suicidio”.* (Ban, 1978:pp.91).

### **1.6. Factores indicadores de riesgo para el suicidio.**

Ante la pregunta de si las personas que sufren depresión tienen mayor riesgo de suicidarse. Encontramos que en casos de depresión siempre debe considerarse la posibilidad del suicidio. Las personas que sufren de depresión son 30 veces más propensas a cometer suicidio que la población general.

*“Los factores de riesgo son las condiciones de orden personal o circunstancial que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que ocurra un suicidio”.* (Orjuela, op. cit.).

Existen varios factores de riesgo, entre los cuales podemos mencionar:

- **Existencia de la idea:** Los hombres son más vulnerables que las mujeres a cometer suicidio, mientras que las mujeres cometen más intentos y lo manifiestan con mayor frecuencia.

- **Intentos Previos:** La presencia de intentos previos aumenta el riesgo de suicidio en el futuro. Algunos estudios han encontrado que alrededor de una tercera parte de las personas que cometieron suicidio habían tenido intentos previos.
- **Planeación:** Se ha observado que entre más estructurado esté el plan de suicidio, mayor es el riesgo de que ocurra. La planeación se refiere a si la persona tienen identificado el lugar, el método que utilizará y cuándo lo realizará. El riesgo aumenta con la verdadera intención de la persona.
- **Sexo:** El 75% de los suicidios son realizados por hombres.
- **Edad:** En los últimos 20 años se ha incrementado las tasas de suicidio en las personas entre los 15 y 25 años y mayores de 60 años.
- **Estado Civil:** Los estudios señalan que el suicidio ocurre con mayor frecuencia entre personas solteras, separadas y viudas, que entre las personas que viven en pareja.
- **Suicidios cercanos:** El riesgo de suicidio es mayor cuando existen suicidios de personas cercanas.
- **Pérdidas recientes:** Un factor precipitante puede ser la muerte de un ser querido o un divorcio.
- **Trastornos psicopatológicos:** Es más frecuente el suicidio en la población hospitalaria psiquiátrica en relación con la población en general, siendo más frecuente en las personas que tienen un trastorno afectivo.

- **Trastornos afectivos:** No todos los casos de depresión terminan en suicidio, ni todos los suicidios son resultado de una depresión, aunque existe una correlación entre los dos eventos.
- **Uso de sustancias psico-activas:** El consumo de drogas y el abuso de alcohol aumentan el riesgo de suicidio.
- **Enfermedad crónica:** Otra condición de riesgo de suicidio es el padecer una enfermedad crónica más si está asociada a una incapacidad. Por ejemplo, el mismo es mayor cuando la persona es anciana y presenta una enfermedad crónica.

### **1.7. Tratamiento de la depresión.**

El tratamiento contra la depresión es efectivo en el 80% de los casos, esto significa que 8 de cada 10 personas que sufren de depresión y reciben tratamiento se sobreponen y vuelven a sentirse bien.

Este tratamiento se puede hacer casi siempre en el Centro de Salud o Policlínica. Muchas veces se le puede dar su médico general sin necesidad de ir al especialista. El tratamiento consigue mejorar los síntomas de la enfermedad y prevenir que no se vuelva a enfermar.

Generalmente el tratamiento demora en hacer efecto de 1 a 3 semanas. La mayoría de las personas mejora a partir de la tercera semana y se sienten completamente bien a la sexta semana. El tratamiento debe continuar hasta que el médico lo suspenda.

La depresión se trata generalmente con medicamentos, psicoterapias o con una combinación de ambos. A veces es necesario ir al hospital si la depresión es muy grave o no mejora con el tratamiento. Y en última instancia, se utiliza la terapia electroconvulsiva, sobre todo en depresiones severas donde está en peligro la vida del paciente o aquellos pacientes que no pueden tomar antidepresivos.

También es importante señalar que buscar tratamiento temprano en el curso de un episodio de depresión mayor puede ayudar a evitar que la enfermedad se vuelva más severa o crónica. El tratamiento además, puede evitar la recurrencia de la depresión.

Finalmente el tratamiento puede evitar la consecuencia más temida y final de la depresión el suicidio.

#### ⇒ **Metas del tratamiento de la depresión.**

Los síntomas que afectan a los pacientes deprimidos son causa de sufrimiento, que puede ser intenso y prolongado. Un buen tratamiento debe disminuir ese sufrimiento y acortar su duración. Los episodios depresivos no tratados pueden

prolongarse, en ocasiones por tiempo prolongado (6 a 24 meses). Un tratamiento adecuado debe lograr el acortamiento de los episodios.

La depresión es una enfermedad discapacitante, en grados que va desde un rendimiento menor en el trabajo y una falta de habilidad en las relaciones sociales hasta la discapacidad total, que obliga al paciente a abandonar actividades hogareñas, laborales, académicas o sociales. También se suele producir un abandono del autocuidado y en ocasiones conductas de riesgo, o consumo de alcohol y drogas. Un tratamiento apropiado, debe en un plazo determinado, disminuir la discapacidad, permitiendo al paciente la recuperación parcial o total del nivel de actividad que tenía antes de enfermar.

La depresión se caracteriza por la frecuencia de las recaídas (reaparición de síntomas en un tiempo corto después que éstos se han aliviado o desaparecido). Y de las recurrencias (reaparición del cuadro depresivo después de un período definido de recuperación total). Un buen tratamiento debe lograr que las recaídas y recurrencias desaparezcan o que el tiempo que medie entre ellas sea prolongado.

Al lograr la recuperación del paciente en un tiempo prudencial y obtener la reincorporación total o parcial a sus actividades premórbidas, el tratamiento adecuado disminuye los costos para el paciente y la sociedad.



Finalmente, la detección y tratamiento precoz de la depresión no sólo disminuyen la frecuencia y el tiempo que el paciente tarda en ser atendido por causa de su trastorno, sino que también reducen el número de consultas e intervenciones realizadas para tratar cuadros somáticos o psiquiátricos asociados con la depresión o que enmascaran esta condición.

#### Pasos del tratamiento:

El primer paso que se debe dar en el tratamiento de la depresión es el establecimiento del diagnóstico, basándose en la historia clínica, los signos y síntomas que presenta el paciente y la evolución de los factores de riesgo.

La planificación de la intervención terapéutica, se hará basándose en las condiciones del paciente, las características clínicas y gravedad del cuadro, la presencia de factores psico-sociales favorables y agravantes y los recursos disponibles.

El inicio de la intervención se hará cuanto antes, luego que el paciente y / o su representante legal haya sido informado detalladamente de la naturaleza, riesgos y ventajas de las intervenciones y haya dado su consentimiento.

Esto debe comenzar por proporcionar al paciente y a sus familiares información acerca de la enfermedad que padece.

La vigilancia de la eficacia de la respuesta clínica, es un paso importante del tratamiento por cuanto va a permitir evaluar su eficacia y a servir para tomar decisiones para su continuación, modificación o sustitución.

La vigilancia de los efectos secundarios es crucial para detectar su presencia y gravedad y para tomar medidas para contrarrestarlos. En ocasiones no hay que cambiar el tratamiento por estos efectos.

La evaluación del funcionamiento psico-social mide los progresos en la vida de relación, o la falta de ellos, que vaya haciendo el paciente. Justamente con la evaluación de la sintomatología es un indicador de la eficacia de la atención y del grado de readaptación que vaya alcanzando el paciente.

El ajuste del tratamiento, concretamente del tratamiento psicofarmacológico, debe hacerse periódicamente, teniendo en cuenta los canales en la sintomatología, el desempeño psico-social del paciente y los efectos secundarios.

Fases y objetivos del tratamiento:

☯ **Fase Aguda:** El tratamiento de la fase aguda tiene como objetivo:

- Reducir o, si es posible, eliminar los síntomas, hasta que la crisis desaparezca, previniendo al mismo tiempo el riesgo de suicidio.
- Ayudar al paciente a reintegrarse a sus actividades habituales.

- Reducir las posibilidades de recaídas y recurrencias.
- Ofrecer información acerca de la enfermedad, de su curso y del tratamiento que se está realizando.

En la fase aguda se consideran todas las opciones terapéuticas disponibles (farmacológicas, psicoterapéuticas, sociales, etc., según corresponda) y se instituye un tratamiento de acuerdo con las condiciones del paciente. Generalmente los pacientes con depresión severa son tratados inicialmente con fármacos o terapia electroconvulsiva (en los servicios especializados), y con menos frecuencia, con psicoterapia o con una combinación de los diferentes métodos. Habitualmente la sintomatología se acentúa o desaparece al cabo de algunas semanas, debiéndose cambiar el plan terapéutico si no se observa mejoría.

Una vez que se ha superado la fase aguda y los síntomas han desaparecido o se han atenuado manifiestamente, sobreviene un período en el que la interrupción del tratamiento puede provocar una recaída. Los objetivos de esta fase del tratamiento son prevenir las recaídas y estabilizar el estado de ánimo. Lo anterior se logra mediante el establecimiento de un tratamiento de continuación por un período de al menos de 16 a 20 semanas. Si el paciente continúa bien, se puede interrumpir el tratamiento, pero manteniendo una estrecha vigilancia con el fin de detectar tempranamente síntomas de recaída.

A pesar del éxito del tratamiento, un número apreciable de pacientes presenta recurrencias, esto es, reaparición de un nuevo episodio después que se había vuelto a la normalidad. Según el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América, los pacientes que han tenido tres o más episodios de depresión mayor tienen una probabilidad de 90% de volver a tener otro episodio. Los tratamientos de mantenimiento tienen por finalidad prevenir la aparición de recurrencias. La OMS recomienda considerar el establecimiento del régimen de mantenimiento del tratamiento en los pacientes que hayan tenido dos o más episodios depresivos en los últimos cinco años. Habitualmente el tratamiento de mantenimiento es de tipo farmacológico.

### **1.8. Tipos de tratamientos para la depresión.**

El tratamiento para la depresión generalmente tiene dos pasos, el primero es intensivo para hacer que los síntomas de la depresión desaparezcan, y el segundo es de continuación del tratamiento, incluso después de que se encuentre bien; es importante porque impide que la depresión regrese. Entre estos tipos de tratamientos tenemos:

#### **Psicoterapias.**

*“La psicoterapia es un tratamiento eficaz para depresiones menos graves. Es una técnica de conversación utilizada por el especialista que resuelve; además de los síntomas de la depresión, los problemas de personalidad,*

*carácter o de relacionarse que pudieran provocar o empeorar la depresión". (Aguilera, 1976:pp. 132)*

*"Dentro de los criterios para asumir una psicoterapia es importante elegir un terapeuta con el cual sentirse cómodo, escuchado y con la confianza suficiente para poder hablar con comodidad de todos los sentimientos que generalmente acompañan a la persona deprimida, los sentimientos de culpabilidad, los miedos y logros de expresar el sufrimiento y la sensación de fracaso". (Orjuela, sup. Cit.)*

#### **Entre las psicoterapias más utilizadas tenemos:**

- **Terapia de Apoyo:** En todos los casos, la psicoterapia de apoyo es necesaria, en ella se ayuda al enfermo, en un principio a desahogarse y posteriormente a identificar y asimilar los eventos de su vivencias, que pueden estar implicados en el desarrollo y mantenimiento de su estado, para mediante el entendimiento, la comprensión, la simulación, el aprendizaje y el cambio de determinados aspectos de la vida, prevenir futuros episodios.
- **Terapia Interpersonal:** Se le denomina interpersonal a un tipo de terapia breve que ha tenido buenos resultados. Se desarrolló específicamente para tratar la depresión mayor y se enfoca a corregir la frecuente disfunción social. Se enfoca en el "aquí y ahora" de los factores que directamente interfieren con las relaciones sociales y no trabaja los fenómenos inconscientes tales como mecanismo de defensa o conflictos internos.

Esta forma de terapia ayuda a las personas con depresión a entender su enfermedad, y su conexión con los asuntos interpersonales. Se fundamenta en la teoría de que el desequilibrio en las relaciones con los demás puede precipitar o perpetuar la depresión y que ésta a su vez hace más difíciles las relaciones.

🧠 **Terapia cognitiva comportamental:** La terapia de comportamiento se expresa en el cambio de comportamiento observables mediante técnicas tales como programación de las actividades, terapia de auto control, adiestramiento en habilidades sociales y solución de problemas.

Utiliza el consejo psicológico para cambiar hábitos dañinos como los relacionados con el tabaquismo, el abuso del alcohol, las dietas adelgazantes y las secuelas del estrés.

Un supuesto básico de la terapia cognitiva Comportamental es que la conciencia de la persona está constituida por sus cogniciones que son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos que reflejan la concepción que tiene la persona sobre sí misma, su pasado, su futuro y sobre el mundo que lo rodea.

Este enfoque plantea que las emociones y el comportamiento están en gran parte determinados por los pensamientos de las cogniciones que influyen sobre el estado de ánimo y el comportamiento.

La teoría Comportamental cognitiva plantea que los síntomas de la depresión se perpetúan por creencias irracionales y actitudes distorsionados hacia la propia persona, el ambiente y el futuro. La auto – inculpación y auto crítica causan la depresión mayor.

🗨 **Farmacoterapia:** Consiste en el uso de medicamentos antidepresivos que actúan sobre los neurotransmisores en el sistema nervioso central, modificando el estado de ánimo y provocando la desaparición o atenuación de los síntomas.

La literatura científica plantea que los antidepresivos no producen adicción, ni es necesario ir aumentando su dosis pasado el tiempo.

*“Los antidepresivos permiten sentir tristeza y las preocupaciones pero sin el sufrimiento que nos deja sin esperanza. También ayudan a regresar el sueño, el apetito, la concentración, mejorar la autoestima, disminuyen la ansiedad y nos empujan a la acción”. (Orjuela, op. cit.)*

Los antidepresivos son eficaces para tratar los aspectos bioquímicos de la depresión. En general, los medicamentos antidepresivos funcionan aumentando la cantidad de serotonina o de norepinefrina, o ambas, que hay disponible en la sinapsis.

### **Tipos de antidepresivos:**

- **Tricíclicos:** Los antidepresivos tricíclicos aumentan la cantidad de norepinefrina y de serotonina a diferentes niveles en el espacio de la sinapsis disminuyendo la velocidad a la que las neuronas las reabsorben y al mismo tiempo, también bloquean otros receptores de neurotransmisores que no tienen que ver con la depresión, y por esta razón, los antidepresivos tricíclicos producen un índice relativamente elevado de efectos secundarios.

Son medicamentos eficaces y no son adictivos. Para que sean efectivos necesitan ser administrados regularmente por varias semanas y esto puede ser difícil cuando la persona está en crisis y busca un alivio inmediato.

Deben administrarse con cuidado en personas que presentan afecciones cardiovasculares. Están contraindicados durante el embarazo (especialmente en el primer trimestre), y en la lactancia. Tienen algunos efectos secundarios, como sequedad en la boca, visión borrosa, ganancia de peso y mareos.

### **⇒ Antidepresivos inhibidores de la Mono-Aminooxidasa (IMAOs).**

Estos medicamentos son útiles para personas que no responden a los tricíclicos, y los inhibidores de mono-aminaoxidasa funcionan disminuyendo el ritmo de la



degradación natural de la norepinefrina y de serotonina, de ese modo les permite empapar las neuronas por períodos de tiempo más largo; estos antidepresivos tienen gran eficacia a pesar de tener efectos secundarios; requieren que los pacientes sigan una dieta especial. Existe la desventaja de que si se consumen algunos alimentos como queso, vino tinto o encurtidos pueden producir un accidente cardiovascular.

⇒ **Antidepresivos inhibidores de recaptación selectiva de serotonina. (ISRSs).**

Los inhibidores de recaptación selectiva de serotonina funcionan específicamente bloqueando la absorción de serotonina. Como resultado de esta especialidad de acción, alivian los síntomas de la depresión sin causar los efectos secundarios severos que pueden estar asociados con los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de mono-aminooxidasa.

En algunos pacientes, los ISRSs pueden causar dolor de cabeza, náusea, agitación, cambios en el funcionamiento sexual e insomnio. Algunos de estos efectos pueden disminuir con el tiempo.

⇒ **Efectos secundarios de los antidepresivos.**

En algunas personas, los antidepresivos pueden causar efectos secundarios que generalmente son leves y temporales. Por lo general, son molestos, pero no graves.

⇒ **Efectos secundarios más comunes de los antidepresivos y las formas de manejarlas.**

- ☉ **Boca seca:** Es útil tomar sorbos de agua, masticar goma de mascar, cepillar los dientes diariamente.
- ☉ **Estreñimiento:** La dieta debe incluir cereales con contenido alto de fibra, ciruelas, frutas y vegetales.
- ☉ **Dificultad al orinar:** Vaciar la vejiga puede ser dificultoso y el chorro de orina puede no ser tan fuerte como de costumbre; debe notificarse al médico si hay dificultad seria o dolor.
- ☉ **Problemas Sexuales:** El funcionamiento sexual puede alterarse; si se vuelve preocupante, debe comunicarse con el médico.
- ☉ **Visión borrosa:** Esto generalmente pasa pronto y no se requieren lentes nuevos.
- ☉ **Mareos:** Conviene levantarse lentamente de la cama o de la silla.
- ☉ **Somnolencia o modorra diurna:** Esto generalmente pasa pronto. Una persona que se sienta somnolencia o sedada no debe conducir ni operar máquinas o vehículos.

Los antidepresivos más sedantes se toman generalmente al acostarse, para ayudar a dormir y minimizar la somnolencia diurna.

Los antidepresivos más nuevos tienen diferentes tipos de efectos secundarios:

- **Dolor de cabeza:** Generalmente se pasa.
- **Náusea:** También es pasajera, incluso cuando la sensación de náusea ocurre después de cada dosis, es sólo por un rato.
- **Nerviosismo e insomnio:** (Dificultad para dormirse o despertar a menudo durante la noche), estos pueden ocurrir durante las primeras semanas, usualmente se resuelven con el tiempo o tomando una dosis más pequeña.
- **Agitación:** (Sentirse inquieto, tembloroso o nervioso); si esto pasa por primera vez después de tomar el medicamento y es persistente, el médico debe ser notificado.
- **Problemas sexuales:** El médico deberá ser consultado si el problema es persistente o preocupante.
- **Terapia electro – convulsiva:** (TEC. “Electroshock”), es útil, especialmente para los pacientes cuya depresión es severa o pone su vida en peligro y para los pacientes que no pueden tomar antidepresivos. La terapia electro convulsivo es a menudo efectiva en casos en que los medicamentos antidepresivos no proporcionan un alivio suficiente. En los últimos años la TEC se ha perfeccionado mucho. Antes de administrar el tratamiento, que se hace bajo anestesia de duración breve, se

administra un relajante muscular. Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, para enviar impulsos eléctricos. La estimulación ocasiona una convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) dentro del cerebro. La persona que recibe TEC no percibe en forma consciente el estímulo eléctrico. Para obtener el máximo beneficio terapéutico se requieren varias sesiones de TEC, usualmente programadas con un promedio de tres por semana.

### **1.9. Niveles de atención de la depresión.**

El tercer nivel de atención, corresponde a los servicios especializados, de mayor complejidad, con alta concentración de personal y recursos técnicos. Los establecimientos que prestan servicios de este nivel son los servicios psiquiátricos en hospitales generales, otros centros psiquiátricos en la comunidad y los hospitales psiquiátricos.

En el nivel terciario de atención se destacan la labor de los especialistas (Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Enfermeras Psiquiátricas y Trabajadores Sociales Psiquiátricos) cuyas destrezas no deben limitarse al campo clínico. Este personal debe estar capacitado para trabajar en la comunidad, estableciendo alianzas terapéuticas con sus líderes, con los familiares, con los empleadores, los guardianes, las fuentes de empleo y otros recursos extra institucionales.

El nivel secundario de atención corresponde a los servicios de atención psiquiátrica prestados en establecimientos de medicina general, tales como hospitales generales, policlínicas y consultorios externos, entre otros. La atención psiquiátrica en este nivel es prestada por la enfermera (o) general, técnico en enfermería y el médico general o el especialista no Psiquiatra.

Habitualmente los servicios son prestados en los hospitales distritales o provinciales, centros de salud urbanos y consultorios externos generales. Los prestadores de servicio deben estar capacitados para recibir pacientes referidos por el nivel primario así como para asistir pacientes que acuden directamente a los servicios. Por tal motivo, nuestro interés consiste en que la enfermera general en este nivel se capacite en el diagnóstico, tratamiento y derivación de pacientes deprimidos. Una alta proporción de los pacientes deprimidos que acuden directamente al nivel primario, pueden ser tratados efectivamente por los médicos y enfermeras (os) generales debidamente capacitadas (os).

El nivel primario de atención corresponde a la base de la pirámide y constituye la puerta de entrada del paciente en el sistema de servicios de salud.

El sistema oficial de servicios de salud está representado en el nivel primario por los Centros de Salud, Sub Centros, CAPPS y Puestos de Salud, generalmente asentados en el área rural o en la periferia urbana. En algunos países, los Centros y Puestos de Salud están regentados por un médico general.

En la mayoría de los casos, los Sub Centros y Puestos de Salud están bajo el cargo de un trabajador primario de salud, que puede ser un Técnico en Enfermería o un Promotor de Salud. El trabajador primario puede ser capacitado para identificar pacientes con depresión y tomar las primeras medidas para su asistencia. Si el caso lo requiere puede derivarlo al nivel de atención inmediatamente superior. También el trabajador primario debe estar capacitado para dar seguimiento a los pacientes atendidos en los establecimientos del nivel secundario y terciario. Puede administrar la medicación de mantenimiento cuando esto ha sido prescrito; además, estimular el cumplimiento del tratamiento; vigilar la aparición de efectos secundarios y detectar síntomas que anuncien recaídas o recurrencias. Además, el trabajador primario de salud es el vínculo inmediato del sistema de salud con la comunidad, pudiendo identificar los recursos propios de ésta.

#### **1.10. Actividades de la enfermera(o).**

La enfermera(o) debe estar preparada para identificar tempranamente a las personas con trastornos afectivos, con este fin deberá adoptar una actitud de alerta frente a la presencia de síntomas y signos indicativos de esa condición. Además, deberá tener siempre en cuenta que la depresión puede estar enmascarada por síntomas somáticos.

*“Otra actividad importante de la enfermera es la prestación de consejería y apoyo, tanto al paciente con depresión como a sus familiares”. (Travelbee, 1974: pp.135).*

Las labores de educación y orientación los llevarán a cabo en la comunidad. Sus actividades se dirigirán primordialmente a la persona enferma y a su familia, pero también deberá desplegarlas en la comunidad.

El fomento de grupos de auto – ayuda deberá realizarse desde que el paciente inicia el tratamiento, urgiéndolo a que se afilie a los existentes en la comunidad y, en caso de que no existan, promoviendo su creación.

La promoción de auto cuidado es una actividad que la enfermera deberá desplegar en sus relaciones con el paciente y su familia y en la comunidad en general. Pondrá especial énfasis en la vigilancia del estado anímico por la propia persona y la necesidad de solicitar ayuda en caso de que los síntomas se hagan evidentes.

La referencia o derivación al médico general o al psiquiatra de la persona que se sospecha tenga un trastorno afectivo, es una actividad crucial de la enfermera pues así posibilita la instauración de un tratamiento eficaz y oportuno.

La prestación de apoyo al tratamiento prescrito es de especial valor para su cumplimiento por el paciente. En el caso del tratamiento medicamentoso, el apoyo que la enfermera pueda prestar se refiere a: señalar su eficacia sin alentar expectativas infundadas, advirtiéndole que los fármacos necesitan un período variable para actuar y, que de no ser eficaces, se podrán ensayar otros.

La protección al paciente con conducta suicida lo puede realizar la enfermera tanto en los centros asistenciales como en el hogar. En los primeros días la protección se hará mediante la observación continuada del paciente, el apoyo psicoterapéutico y el cumplimiento estricto del tratamiento. En el hogar, la enfermera pondrá especial énfasis, además del cumplimiento del tratamiento, en la instrucción de los familiares frente a posibles riesgos, al acompañamiento del paciente y a no descuidar la vigilancia cuando el paciente está en vías de recuperación.

#### **1.11. Educación a la familia de lo que puede hacer para ayudar al paciente deprimido.**

- Considere la depresión como una enfermedad. Es tan real y tan invalidante como la cardiopatía o una neumonía. Es también una enfermedad muy tratable.
- Pase tiempo con la persona si él o ella lo necesita o lo desea.



- Evite hablar solamente de la depresión y de sus síntomas. Hable de otras personas, del tiempo, de deportes o de las noticias. Si la persona deprimida quiere hablar de su depresión déjela.
- Pídale a la persona deprimida que ayude con las tareas que están dentro de sus capacidades y que le permitirán sentirse útil.
- Acompañe a la persona deprimida a hacer ejercicios sencillos, caminar por ejemplo.
- Deje que la persona deprimida esté sola si lo desea. Sólo si usted cree que él (ella) sea suicida, debe insistir en que no esté solo (a). Si usted cree que la persona es suicida, o si ésta declara que lo es, pregúntele acerca de ello en detalle, inquirendo acerca de sus sentimientos, planes, y un acceso a un medio para el suicidio. Si usted siente que hay un riesgo, contacte al médico de la persona y quédese con ella.
- No responda a la irritabilidad con mal genio o discusiones. La irritabilidad forma parte de la depresión y responde mejor a una renovación breve por su parte.
- No espere que la persona deprimida haga mucho. La depresión es una enfermedad real y severa, no puede esperarse que las personas que están sufriendo de ella hagan tanto como lo que podían hacer cuando estaban sanas.
- Siga con su propia vida. Estará en mucha mejor condición para ayudar si permanece físicamente y emocionalmente saludable. Asegúrese de tener tiempo para salir y hacer las cosas que usted goza.
- Converse con otros que puedan ayudarle a hacer frente a esta situación: amigos, familia o con un terapeuta.

- No se sorprenda o desaliente si llegan a ver algunos contratiempos; habrá días buenos y días malos a través de la recuperación de la depresión, así como hay en la recuperación de cualquier otra enfermedad grave.
- Es muy importante que las personas que se encuentran cerca de un deprimido, es transmitirle el sentimiento de que les quiere y de que se tiene interés en ella, sin agobiarles, y manteniendo una actitud de espera activa, convencidos de que saldrá de su situación.
- Fomente la participación del paciente en actividades que antes le daban placer, como pasatiempos, deportes, actividades religiosas o culturales, pero no fuerce a la persona deprimida a hacer demasiadas cosas muy pronto.

## **2. Formación de la enfermera(o) generalista en cuanto a la identificación y manejo de la depresión.**

El plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Ciencias de la Enfermería es lineal, contempla una serie de asignaturas en orden vertical y constituyen en su mayoría, el armazón cognoscitivo de la carrera.

Estas asignaturas se cursan durante ocho (8) semestres universitarios. De estas asignaturas, 60% son asignaturas profesionales, 25% asignaturas científicas y 15% asignaturas humanísticas.

Este plan de estudios proporciona a las enfermeras conocimientos generales para desempeñar funciones de administración, atención directa, docencia e investigación.

Mediante el desarrollo del contenido programático sobre psicopatología, esta asignatura ofrece a los estudiantes conocimientos muy generales sobre la depresión, específicamente su definición teórica, etiología, síntomas y tratamiento. Sin embargo, no se profundizan los conocimientos en cuanto a la identificación, factores de riesgo, metas, pasos, fases y objetivos del tratamiento; niveles de atención y actividades propias de la enfermera y por último los tipos de tratamiento.

La preparación académica de Licenciadas en Ciencias de la Enfermería le permite a la enfermera brindar una atención general, más no especializada, en el ámbito preventivo, curativo y de rehabilitación; a pacientes en el área Materno Infantil, área de Salud Mental y Psiquiatría, área de Salud de la comunidad y el área de Salud de Adulto.

Dentro de este plan de estudios se encuentran las asignaturas, La Enfermera Promoción de Salud Mental y Enfermería Psiquiátrica, en las que se estudia al paciente con trastornos mentales y su comportamiento más común en nuestro medio.

Estas asignaturas abarcan una carga horaria semanal de cuatro (4) horas de teoría y ocho (8) de práctica clínica, una en el primer semestre y, la otra de cuatro (4) horas de teoría dieciséis y (16) de práctica clínica en el segundo semestre; y contemplan los

siguientes contenidos programáticos: concepto de enfermedad mental, procesos psicopatológicos, trastornos afectivos, abuso de alcohol y droga, violencia, etc.

## **2.1. PLAN DE ESTUDIO.**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PLAN DE ESTUDIO 1999**

SEM. AÑO	ABREV.	CALIFICACIONES	DENOMINACIONES	T	L	P	CR.	T. HRS
I AÑO	BIO 109		Biología General	3	2		4	
	QM 105		Fundamentos de Química	3	2		4	
	MAT 106		Matemáticas	3			3	
	ESP 108		Redacción y Ortografía	3			3	
	ENF 105		Asp. Hist., Éticos y Legales en Enf.	3			3	
	ENF 102		Enfermería en Salud Pública I	4		6	5	
	ENF 131		Met. de la Inv. en Enfermería	4	2		5	
				23	6	6	27	35
I SEM	ZOO 270A		Anatomía y Fisiología Humana	3	2		4	
	ENF 103		Fundamentos de Enfermería	4	4	4	6	
	QM 106		Fundamentos de Bioquímica	3	2		4	
	MAT 105		Bioestadística	3			3	
	SOC 101		Principios de Sociología	3			3	
	ENF 106		Desarrollo Humano en Enfermería	3			3	
	ENF 118		Principios y Métodos de Ens. En Enf.	4			4	
				23	8	4	27	35
II AÑO	ENF 203A		Enf. Salud de Adultos I	4	4	16	7	
	BIO 250A		Microbiología	2	2		3	
	ENF 201		Nutrición	3			3	
	ZOO 270B		Anatomía y Fisiología Humana	2	2		4	
	FIS 121		Principios de Física	3			3	
				14	8	16	19	38
I SEM	ENF 203B		Enf. En Salud de Adulto II	4	4	16	7	
	FAR 210		Farmacología	3			3	
	BIO 250B		Microbiología	2	2		3	
	ENF 231		Crecimiento y Desarrollo	4			4	
	PSIC 200		Psicología Fisiológica	3			3	
				16	6	16	20	38
III AÑO	ING 331		Inglés Científico	3			3	
	ENF 360A		Enfermería Obstétrica Pediátrica	4	4	16	7	
	ENF 302		Enfermería en Salud Pública II	4		8	6	
				11	4	24	15	39
II SEM	ENF 306B		Enfermería Obstétrica Pediátrica	4	4	16	7	
	ENF 307		La Enf. Promoción Salud Mental	4		8	5	
	ENF 309		Fund. de Epid. en la Atenc. de Enf.	4			4	
				12	4	24	16	40
IV AÑO	ENF 413A		Manejo de la Atenc. de Enfermería I	3	4	6	5	
	ENF 414		Enfermería Psiquiátrica	4		16	6	
	HIST 205		Antropología	3			3	
	ENF 580*		Trabajo de Graduación	3			3	
				13	4	22	17	39
I SEM	ENF 413B		Manejo de la Atenc. de Enfermería II	2	4	14	5	
	ENF 415		Enfermería en Salud Pública III	3		14	5	
	ENF 580B		Trabajo de Graduación	3			3	
				8	4	28	13	40
SEMI- NARIO	ENF 117		Primeros Auxilios	3			1	
	ENF 119		Metrología	3			1	
	ENF 120		Informática	3			1	
				9			3	9

**TOTAL DE CRÉDITOS: 167**

**CAPÍTULO TERCERO**  
**DIRECCIONES METODOLÓGICAS**

### 1. Alcance, cobertura o delimitación del estudio.

El estudio busca, mediante una encuesta, obtener información de todas las(os) enfermeras(os) generalistas egresadas(os) de la Universidad de Panamá; que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera.

### 2. Formulación del supuesto de la investigación.

El supuesto se plantea en los siguientes términos: El nivel de conocimientos, habilidades y destrezas de las(os) enfermeras(os) generalistas, en la identificación y manejo de la depresión, incide en la calidad de atención a los pacientes que acuden a las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera.

### 3. Definición operacional de variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental
1 Nivel de conocimiento de la depresión.	Se refiere a los conocimientos que tienen las(os) enfermeras(os) generalistas sobre la depresión en lo que respecta a qué es, cómo se diagnostica, signos y síntomas y sus causas.	Conocimiento sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Qué es la depresión?</li> <li>➤ ¿Cómo se diagnostica?</li> <li>➤ Signos y síntomas</li> <li>➤ Causas</li> <li>➤ Población de riesgo</li> </ul>	Se elaborarán preguntas de selección sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definición de la depresión.</li> <li>✓ Criterios para el diagnóstico</li> <li>✓ Signos y síntomas que se presentan en el paciente deprimido.</li> <li>✓ Causas de la depresión.</li> <li>✓ Población que está en riesgo de sufrir de</li> </ul>



			depresión
2. Nivel de conocimiento del tratamiento de la depresión	Se refiere a los conocimientos que tienen las(os) enfermeras(os) generalistas sobre cuál es el tratamiento indicado para la depresión; los beneficios y sus efectos colaterales.	Conocimiento sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Uso de psicoterapias.</li> <li>➤ Aspectos positivos que se logran con el tratamiento.</li> <li>➤ Uso de psicofármacos.</li> <li>➤ Efectos colaterales de los psicofármacos.</li> </ul>	Se elaborarán preguntas de selección sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psicoterapias utilizadas con el paciente deprimido.</li> <li>➤ Aspectos positivos del tratamiento adecuado de la depresión.</li> <li>➤ Efectos secundarios que puede presentar el paciente deprimido que toma antidepresivos.</li> </ul>
3 Nivel de conocimiento en el manejo de la depresión	Se refiere a los conocimientos que tienen las (os) enfermeras (os) generalistas sobre dónde debe ser referido el paciente deprimido y cuál es el profesional más indicado para brindarle atención de inmediato.	Conocimientos sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Primer contacto de la persona deprimida cuando acude a los servicios de salud.</li> <li>➤ Dónde debe ser referido el paciente deprimido una vez se haya captado.</li> <li>➤ Tipo de profesional que le puede brindar atención.</li> <li>➤ Orientación que se le debe dar al familiar del paciente deprimido.</li> </ul>	Se elaborarán preguntas de selección sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuál es el primer contacto de las personas deprimidas cuando acuden a los servicios de salud.</li> <li>➤ Dónde debe ser referido.</li> <li>➤ Tipo de orientación que se le debe dar a la familia del paciente deprimido.</li> <li>➤ Tipo de profesional que debe atender al paciente deprimido.</li> </ul>
4. Valoración de la depresión.	Se refiere a la percepción que tienen las(os) enfermeras(os) generalistas cuando atiende a un paciente deprimido y el interés que	Conocimiento sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Percepción que tiene la enfermera (o) cuando atiende a un paciente</li> </ul>	Elaboración de preguntas cerradas con su debida explicación sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si al ofrecer atención al paciente deprimido le produce inseguridad a la enfermera(o).</li> </ul>

Variable	Definición	Definición	Definición
	tiene de capacitarse para manejar mejor a estos tipos de pacientes.	deprimido. ➤ Opinión de la enfermera(o) en la participación de un programa de docencia sobre la identificación y manejo de la depresión.	➤ Si la enfermera estaría interesada en participar en un programa de docencia sobre la identificación y manejo de la depresión.

#### 4. Tipo y diseño de la investigación.

Como en todo trabajo investigativo, resulta imprescindible ubicar o clasificar la investigación. Esta investigación es de carácter descriptiva, tal como lo expone Hernández (1981) cuando dice: *“En los estudios descriptivos, el propósito del investigador es describir situaciones y eventos, es decir, cómo es y se manifiesta determinado fenómeno o fenómenos por investigar”*.

Por otro lado, Alvarado y Canales (1994) manifiestan:

*“Los estudios descriptivos son aquellos que están dirigidos a determinar la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno o con quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinando fenómeno”*.

Basándonos en las anteriores definiciones, el presente estudio se sitúa en esta

categoría, ya que se encamina a describir cuáles son los conocimientos que tienen las enfermeras generalistas egresadas de la Universidad de Panamá que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera, sobre la identificación y manejo de la depresión.

Además busca medir las áreas de conocimiento que debe poseer un programa de docencia en servicio sobre la identificación y manejo de la depresión dirigido a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera.

También describirá los objetivos y la forma como se evaluará el mismo.

Resulta imperante conocer, además la disponibilidad de de las(os) enfermeras(os) frente a un programa de docencia en servicio, sobre la identificación y manejo de la depresión.

Con la información recolectada y analizada, se podrá determinar si es viable o no la elaboración e implementación de un programa de docencia en servicio sobre la identificación y manejo de la depresión dirigido a las enfermeras(os) generalistas.

## **5. Sujetos: Población.**

La población objeto de estudio la integran todas las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera y que hacen un total de 33 enfermeras(os).

## **6. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos.**

### **6.1. Técnica.**

La técnica más pertinente que vamos a utilizar para este tipo de investigación, es la encuesta. (Ver anexo N° 2).

### **6.2. Descripción del instrumento.**

#### **6.2.1. La encuesta.**

Una de las técnicas empleadas para la recolección de la información es una encuesta, la cual se basó en la definición operacional de las variables.

La misma está estructurada en cinco grandes dimensiones:

**Primera dimensión:** Generalidades, recoge información sobre los datos generales de los encuestados relativo a; años de graduado y como profesional, conocimiento de lo que es docencia en servicio, si ha recibido capacitación en servicio sobre la identificación y manejo de la depresión y qué tiempo hace que recibió la misma.

Por otro lado, si creen que es importante estar capacitados para poder identificar y manejar al paciente con depresión.

**Segunda dimensión:** Conocimiento; recoge información sobre los conocimientos que tiene la enfermera(o) en lo que respecta a que es la depresión, cómo se diagnostica, signos y síntomas y sus causas.

**Tercera dimensión:** Tratamiento, orientada a recabar información sobre los conocimientos que tiene la enfermera(o) en lo que respecta al tratamiento indicado para la depresión, sus beneficios y los efectos colaterales que se pueden presentar.

**Cuarta dimensión:** Manejo, recoge información sobre los conocimientos que tiene la enfermera (o) en lo que respecta a dónde debe ser referido el paciente deprimido y cuál es el profesional más indicado para brindarle atención de inmediato.

**Quinta dimensión:** Valoración, orientada a recabar información sobre la

percepción que tiene la enfermera(o) cuando atiende a un paciente deprimido y el interés de capacitarse para manejar de una forma más adecuada a estos tipos de pacientes.

La encuesta, una vez diseñada, se sometió a validación, mediante el juicio de expertos e igualmente se le aplicó a cinco enfermeras(os) generalistas que laboran en Centros de Salud y Cuarto de Urgencia y Consulta Externa del Hospital General Cecilio A. Castellero del Ministerio de Salud de la Región de Herrera lo cual facilitó los ajustes de la misma.

En cuanto a materiales, por el tamaño de la población, se procedió a la tabulación y resumen manual de los resultados, utilizándose, únicamente herramientas computarizadas para la elaboración de cuadros y gráficas.

## **7. Procedimiento.**

Para el desarrollo de esta investigación, el planteamiento, ejecución y control constituyen las etapas más importantes que conducen a tomar las mejores alternativas.

El proceso de planificación indica los pasos requeridos desde la elección del problema hasta el diseño metodológico que ha de desarrollarse.

Luego de la aplicación de la encuesta, se procedió a la evaluación, donde se analiza y se interpreta la información recogida, para finalmente dar a conocer las conclusiones.

**CAPÍTULO CUARTO**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**  
**DE LOS RESULTADOS**



## **1. Antecedentes del desarrollo de la encuesta.**

La encuesta que se desarrolla para esta investigación servirá de base para la recopilación de información sobre la identificación y manejo de la depresión; la información suministrada por cada encuestado permitirá obtener información pertinente para concluir la tesis de grado como parte del Programa de Maestría que se desarrolla en la Universidad de Panamá.

Para la confección y aplicación de la encuesta se invitó a especialistas en el campo de la Salud Mental, como Psiquiatras y Enfermeras; para que, participaran con sus ideas y conocimientos y así contribuyeran al proceso de enseñanza – aprendizaje que se va a desarrollar en el Programa de Educación Continua en Servicio de las instalaciones de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera, en beneficio de las(os) enfermeras(os) generalistas.

Dentro de este marco se procede a la evaluación estadística la cual debe proyectar los indicadores precisos y aptos para el análisis de las características que se deben implementar en materia de lo que es conocimiento y manejo de la depresión.

## **2. Objetivo del análisis estadístico de la encuesta.**

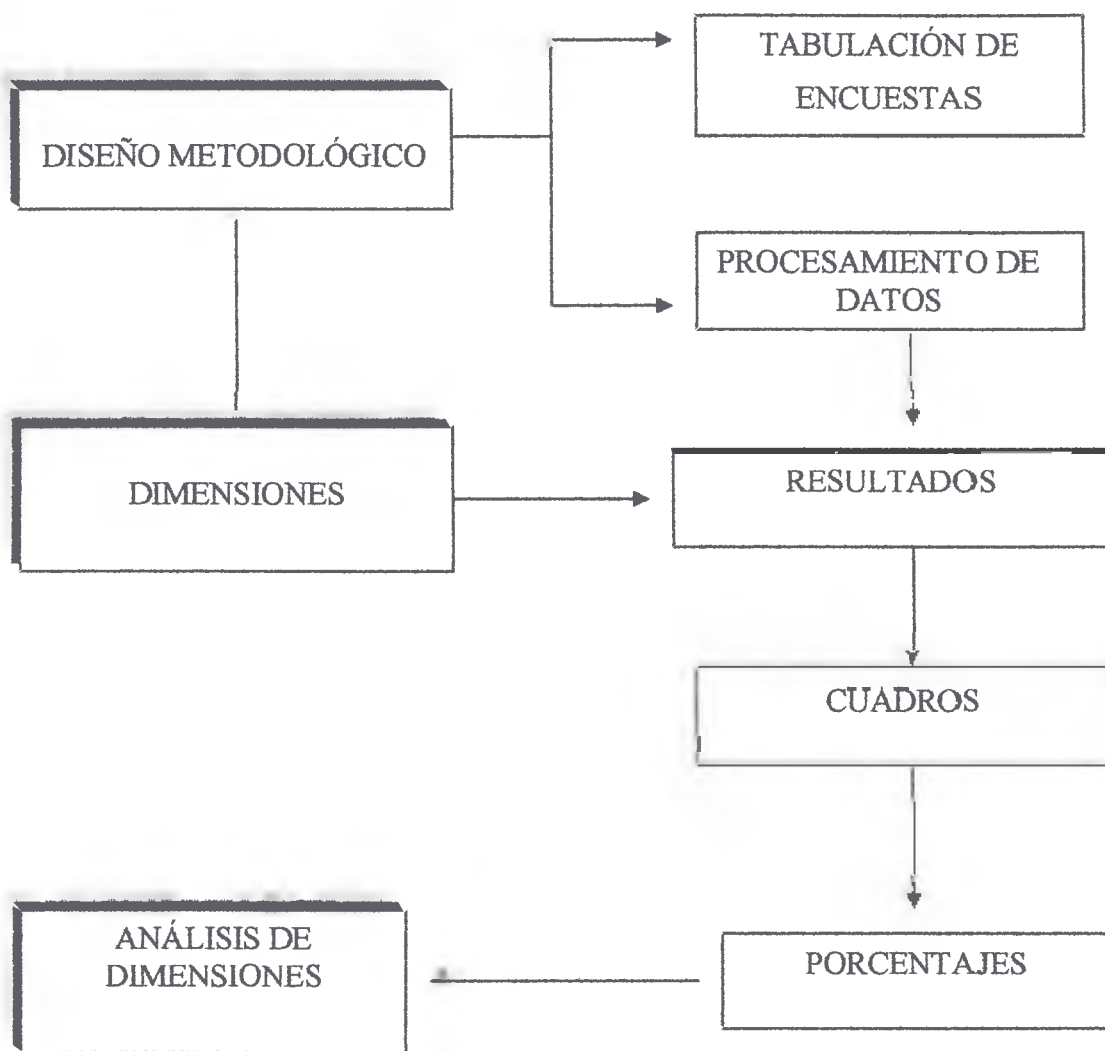
Evaluar los aspectos más importantes de la encuesta para obtener resultados

cuantitativos, cualitativos de la investigación, de acuerdo a los términos de referencias establecidos como marco metodológico, para desarrollar una propuesta estratégica que sirva de base para llevar los conocimientos de las(os) enfermeras(os) que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera, en relación con la identificación y manejo de la depresión.

Evidenciar las debilidades que tienen las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera en cuanto a la identificación y manejo de la depresión. Y por otro lado, igualmente, observar las debilidades que tiene el currículo de la carrera de Licenciatura de Enfermería el cual tiene algunas asignaturas que tocan esta materia pero muy generalizada.

Presentar a las autoridades de las instituciones de salud de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera una investigación con datos estadísticos que evidencien el status actual de los conocimientos que poseen las(os) enfermeras(os) generalistas en relación con la identificación y manejo de la depresión.

### 3. Diseño del método de análisis de resultados de la encuesta.



### 4. Dimensión de conocimiento.

La dimensión “conocimiento” se centra en el análisis investigativo relacionado con los diferentes conocimientos que tienen las(os) enfermeras(os) generalistas sobre lo

que es en sí la enfermedad de la depresión.

En dicha dimensión se analizan una serie de conocimientos que deben tener las(os) enfermeras(os) generalistas en lo que respecta a que es la depresión, cómo se diagnostica, signos, síntomas, con que está asociada, sus causas y los factores de riesgo que predisponen a sufrir de esta enfermedad.

Hay que destacar que la dimensión relacionada con conocimiento sobre la depresión tiene como objetivo, determinar los conocimientos que poseen los(as) enfermeras(os) generalistas en la identificación de la depresión; ésta debe buscar, a través del presente estudio, cuál sería la estrategia a futuro que tiene que implementarse para llevar a cabo acciones preventivas, así como establecer estrategias para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. Esto garantizará un trato eficiente a los pacientes y con ello la disminución de la carga social de la depresión.

Los cuadros No. 1 y 4 muestran que el 54.0% de las respuestas de las encuestas fueron acertadas con relación al conocimiento que tienen las(os) enfermeras(os) generalistas referente a lo que es la enfermedad de la depresión y la situación que suele estar asociada con la misma; es decir, existe un 46.0% de las encuestas que respondieron desacertadamente a estos dos cuestionamientos.

CUADRO No. 1  
 NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
 GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
 CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA;  
 CON RELACIÓN A LO QUE ES LA DEPRESIÓN.  
 ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	19	54
Respuestas desacertadas	16	46
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

Los cuadros 2,3 y 5 evidencian una tendencia alta y significativa de los encuestados, cuyas respuestas fueron desacertadas con relación a tres aspectos relevantes que tienen que ver con la depresión como son: cuál es el requisito indispensable para hacer el diagnóstico de la depresión 63.0%, sólo el 37.0% acertó; signos y síntomas que no observan en el paciente deprimido 74.0%, sólo el 26.0% acertó y por último, síntomas que generalmente no se presentan en la depresión 89.0% y sólo el 11.0% acertó. (Ver en anexos gráficas 1, 2 y 3).

CUADRO No. 2  
 NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
 GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
 CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; EN RELACIÓN  
 CON CUÁL ES EL REQUISITO INDISPENSABLE PARA HACER EL  
 DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.  
 ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	13	37
Respuestas desacertadas	22	63
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

CUADRO No. 3  
 NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
 GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA CAJA  
 DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; SOBRE CUÁLES SON LOS  
 SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE NO SE OBSERVAN  
 EN EL PACIENTE DEPRIMIDO.  
 ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	9	26
Respuestas desacertadas	26	74
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

CUADRO No. 4  
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; CON  
RELACIÓN A LA SITUACIÓN QUE SUELE ESTAR  
ASOCIADA A LA DEPRESIÓN.  
ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	19	54
Respuestas desacertadas	16	46
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

CUADRO No. 5  
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; SOBRE LOS  
SÍNTOMAS QUE GENERALMENTE NO SE PRESENTA  
EN LA DEPRESIÓN.  
ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	4	11
Respuestas desacertadas	31	89
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

Los cuadros No. 6 y 7 muestran que el 80% y el 69.0, respectivamente de las respuestas de los encuestados fueran acertados con relación a cuáles son las causas de la

depresión y la población con menos riesgo de sufrir de depresión; es decir, existe un 20.0% y un 31.0% de los encuestados que respondieron desafortunadamente a estos dos cuestionamientos.

CUADRO No. 6  
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; CON  
RELACIÓN A CUÁLES SON LAS CAUSAS  
DE LA DEPRESIÓN.  
ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	28	80
Respuestas desafortunadas	7	20
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.



CUADRO No. 7  
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; SOBRE  
CUÁL ES LA POBLACIÓN CON MENOS RIESGO  
DE SUFRIR DEPRESIÓN.  
ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	24	69
Respuestas desacertadas	11	31
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

En estos cuadros podemos apreciar que las siete interrogantes de esta dimensión consultadas a la población en estudio, sobre aspectos específicos que tienen que ver con lo que es la enfermedad de la depresión; sólo en dos interrogantes (Cuadro No. 6 y 7), observamos respuestas acertadas por arriba del 60.0% y en cambio en tres interrogantes (Cuadro No. 2, 3 y 5), evidencian respuestas desacertadas por arriba del 60.0% y dos interrogantes (Cuadro No. 1 y 4) muestran resultados bastante equilibrados entre las respuestas acertadas y desacertadas.

Son obvio los resultados obtenidos, ya que si hacemos referencia al cuadro No. 19 el mismo nos señala que el 74.0% de las(os) enfermeras(os) no han recibido ningún tipo de capacitación en relación con este tema de estudio.

## **5. Dimensión de tratamiento.**

Los ITEMS que integran la “Dimensión de Tratamiento” están orientados a recabar información sobre los conocimientos que tiene las(os) enfermeras(os) generalistas sobre cuál es el tratamiento indicado para la depresión, sus beneficios y los efectos colaterales que se pueden presentar.

La dimensión busca también evaluar qué tipo de psicoterapia dentro de las muchas que existen como parte del tratamiento es la más útil para mejorar el cuadro depresivo, ya sea por sí sola o en combinación con otros tipos de tratamiento.

Por otro lado, igualmente se intenta investigar qué tanto conocen las(os) enfermeras(os) generalistas los beneficios que se pueden lograr con un tratamiento adecuado y oportuno; lo cual es vital para evitar la cronicidad del padecimiento, las recaídas y prevención de otros riesgos como el suicidio.

Y por último, se evalúa sobre los efectos colaterales que pueden producir sobre todo los psicofármacos, ya que esto se da a menudo pero generalmente no molestan al paciente y son pasajeros. Y la enfermera los debe conocer para poder orientar al paciente y evitar que abandone el tratamiento.

CUADRO No. 8  
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS (OS) ENFERMERAS (OS)  
GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; SOBRE  
CUÁL ES EL TIPO DE PSICOTERAPIA MÁS ÚTIL  
PARA MEJORAR EL CUADRO DEPRESIVO.  
ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	4	11
Respuestas desacertadas	31	89
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

CUADRO No. 9  
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; CON  
RELACIÓN A QUÉ ASPECTO POSITIVO SE LOGRA CON  
UN TRATAMIENTO ADECUADO DE LA DEPRESIÓN  
ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	11	31
Respuestas desacertadas	24	69
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

CUADRO No. 10  
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; SOBRE EL  
TRATAMIENTO QUE NO ESTÁ INDICADO  
EN LA DEPRESIÓN  
ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	-	-
Respuestas desacertadas	35	100
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

CUADRO No. 11  
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; EN RELACIÓN  
CON EL EFECTO SECUNDARIO QUE NO SE PRESENTAN EN  
PACIENTES QUE TOMAN ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS.  
ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	16	46
Respuestas desacertadas	19	54
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

Tal como lo demuestran los cuadros No. 8, 9, 10 y 11, observamos una gran

limitación de los conocimientos de las(os) enfermeras(os) encuestados, específicamente en lo que respecta al tratamiento de la depresión. Ya que todas las respuestas dadas a las cuatro interrogantes que encierra esta dimensión fueron desacertadas. Este lo podemos apreciar ya que en un orden decreciente el porcentaje de respuestas desacertadas fue de un 100.0%, 89.0%, 69% y 54% como se puede evidenciar en los cuadros ante mencionados. (Ver en anexos gráficas 4, 5 y 6).

#### **6. Dimensión de manejo.**

La dimensión “manejo” dentro del contexto de la encuesta, tiene como objetivo evaluar los conocimientos que tienen las(os) enfermeras(os) generalistas, sobre una serie de aspectos que están íntimamente relacionado con lo que es el manejo del paciente deprimido una vez se haya captado.

Entre estos aspectos podemos mencionar: Quién es el primer contacto regularmente de la persona deprimida en los servicios de salud; por otro lado se trata de investigar a dónde debe ser referido y qué tipo de profesional es quien le puede brindar atención. Y por último, cuáles son los tópicos o temáticas que la enfermera(o) debe incluir en la educación a los familiares de estos tipos de pacientes.

CUADRO No. 12  
 NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
 GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
 CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; EN RELACIÓN  
 A CON QUIÉN ES EL PRIMER CONTACTO DE LA PERSONA  
 DEPRIMIDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD.  
 ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	27	77
Respuestas desacertadas	8	23
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

CUADRO No. 13  
 NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
 GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
 CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; CON  
 RELACIÓN A DÓNDE DEBE SER REFERIDO EL  
 PACIENTE DEPRIMIDO UNA VEZ LO CAPTE.  
 ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	2	6
Respuestas desacertadas	33	94
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

CUADRO No. 14  
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; SOBRE  
QUÉ ASPECTOS NO SE DEBE INCLUIR EN LA EDUCACIÓN  
DE LA FAMILIA DEL PACIENTE DEPRIMIDO.  
ABRIL, 2004

ITEMS	Nº	%
Respuestas acertadas	15	43
Respuestas desacertadas	20	57
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

CUADRO No. 15  
OPINIÓN DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS QUE LABORAN EN  
LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN  
DE HERRERA; EN RELACIÓN A SI EL PACIENTE DEPRIMIDO  
DEBE RECIBIR ATENCIÓN SOLO POR  
UN PERSONAL ESPECIALIZADO.  
ABRIL, 2004

El paciente deprimido debe recibir atención solo por un personal especializado	Nº	%
Sí	17	49
No	18	51
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

Como se evidencia en el Cuadro No. 12, el 77% de las(os) enfermeras(os) encuestadas(os) respondieron acertadamente a la interrogante relacionada con el primer contacto del paciente deprimido es la enfermera(o). Pero contradictoriamente este personal que labora en atención primaria respondió desacertadamente en un 94.0% con relación a donde debe ser referido el paciente deprimido (Cuadro No. 13 y gráfica No. 7 en anexos) y por otro lado un 57.0% desconoce cuales son los aspectos que no se debe incluir en la educación de los familiares con estos tipos de pacientes (Cuadro No. 14 y gráfica No. 8 en anexos).

Por último, si analizamos el (Cuadro No. 15 y gráfica No. 9 en anexos) los 49% de los(as) encuestados(os) refieren que los pacientes con estos trastornos sólo deben recibir atención por un personal especializado. Motivo por el cual pensamos que nuestra propuesta es válida, ya que las enfermeras(os) piensan que, como no están preparadas(os), no pueden hacerle frente a este tipo de paciente y opinan que lo correcto es enviar al paciente a un personal especializado.

## **7. Dimensión de valoración.**

La dimensión de “valoración” dentro del contexto de la encuesta, tiene como objetivos fundamentales en la investigación descubrir cuál es la percepción que tienen las(os) enfermeras(os) generalistas cuando atienden a un paciente deprimido; y por otro lado, cuál es el interés que tienen las(os) encuestadas(os) en capacitarse para manejar a



estos tipos de pacientes; y así poderles brindar una mejor atención de calidad.

CUADRO No. 16  
OPINIÓN DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS QUE LABORAN EN  
LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE  
HERRERA; EN RELACIÓN SI EL OFRECER ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA A PACIENTES CON DEPRESIÓN  
LES PRODUCE INSEGURIDAD  
ABRIL, 2004

Ofrecer atención de enfermería a pacientes con depresión le produce inseguridad.	Nº	%
Sí	22	63
No	13	37
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

Como podemos observar en él (Cuadro No. 16), se aprecia que un 63.0% de las(os) enfermeras(os) encuestadas(os) opinan que el ofrecer una atención de enfermería a paciente con depresión le produce inseguridad.

Esto es relevante, ya que debido a la falta de conocimientos que poseen las(os) enfermeras(os) con relación al tema en estudio, tal cual lo podemos apreciar en los cuadros anteriores sobre las dimensiones conocimiento, tratamiento y manejo de la depresión, se traduce entonces todo esto en una inseguridad de las(os) enfermeras(os) cuando enfrentan a pacientes con este tipo de enfermedad.

CUADRO No. 17  
 OPINIÓN DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS QUE LABORAN EN  
 LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE  
 HERRERA; CON RELACIÓN A LA DISPONIBILIDAD DE PARTICIPAR  
 EN UN PROGRAMA DE DOCENCIA EN SERVICIO SOBRE LA  
 IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE  
 CON DEPRESIÓN.  
 ABRIL, 2004

Disponibilidad de las (os) enfermeras (os) generalistas para participar en Programa de Docencia en Servicio	Nº	%
Sí	35	100
No	-	-
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

Este (Cuadro No. 17 y la gráfica No. 10 en anexos) nos muestra que el 100% de los(as) enfermeras(os) encuestadas(os) están en disponibilidad de participar en el programa de docencia en servicio sobre la identificación y manejo del paciente con depresión.

Es de gran importancia la posición asumida por la población en estudio, ya que esa disponibilidad manifiesta influye directamente en el proceso de enseñanza aprendizaje. Porque vamos a tener un grupo más motivado y con interés de adquirir los aprendizajes a través de su propia auto estructuración, con la ayuda del módulo cognitivo por el cual estamos seguros de la viabilidad y puesta en práctica, lo más

pronto posible, de nuestra propuesta de docencia en servicio sobre la temática en cuestión.

#### **8. Generalidades de las(os) enfermeras(as) generalistas encuestadas(os).**

La encuesta a través del “componente generalidades” trata de buscar información sobre los aspectos generales del entrevistado. Esta información es valiosa para la investigación porque contribuirá a cruzar variables que sirvan de base para el análisis cualitativo de la propuesta en materia de debilidades y fortalezas que surjan del proceso investigativo y que tiene que ver con la experiencia en la temática del paciente con depresión.

El componente generalidades tienen como objetivo averiguar la situación de las(os) enfermeras(os) dentro de las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, lo que ayudará a la toma de decisiones en materia de aplicación de una estrategia consecuente con la realidad de los Departamentos de Enfermería de estas instalaciones de Salud.

CUADRO No. 18  
CLASIFICACIÓN DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS QUE  
LABRAN EN LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL,  
REGIÓN DE HERRERA; SEGÚN AÑOS DE SERVICIO PROFESIONAL.  
ABRIL, 2004

Años de servicio profesional	Cantidad	Porcentaje
0-3	3	9
4-7	7	20
8-11	7	20
12-15	1	30
16-19	5	14
20-23	11	31
24-27	1	3
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

En este (Cuadro No. 18 y en la gráfica No. 11, en anexos) podemos observar que el 49.0% de las(os) enfermeras(os) encuestadas(os) tienen de 0-11 años de experiencia laboral, lo que representa un personal con poca experiencia en el área de promoción y prevención; mientras el 51.0% tiene 12 – 27 años de experiencia laboral, lo que nos indica que este personal que labora igualmente en el área de promoción y prevención ha tenido más oportunidad de estar en contacto con personas que presentan este tipo de padecimiento como lo es la depresión, ya que en su mayoría las personas con este tipo de enfermedad en su primer momento acuden a los Centros de Atención Primaria. Tal cual lo refleja el Informe Nacional del Programa de Salud Mental de la Caja de Seguro Social del 2002-2003, donde la depresión está entre las dos primeras causas de

morbilidad psiquiátrica que fueron atendidas en el ámbito de todas las instituciones de atención primaria. Pero los resultados de las encuestas reflejan que tanto el personal con poca experiencia como el de experiencia igualmente tienen las mismas debilidades en lo que respecta a la identificación y manejo del paciente con depresión. Por lo que con la ayuda del texto cognitivo propuesto, una vez estudiada, le será de gran provecho; ya que es allí en el primer nivel de atención donde las(os) enfermeras(os) generalistas tienen la oportunidad de tener ese primer contacto con el paciente deprimido y así poder captarlo y brindarle una atención de calidad.

CUADRO No. 19  
RESPUESTAS DE LAS(OS) ENFERMERAS (OS) GENERALISTAS QUE  
LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO  
SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; EN RELACIÓN SI HA  
RECIBIDO CAPACITACIÓN EN SERVICIO SOBRE LA  
IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE  
CON DEPRESIÓN.  
ABRIL, 2004

Capacitación recibida en Servicio	Nº	%
Sí	9	26
No	26	74
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

Dado que la enfermera(o) recibe en su formación universitaria conocimientos muy generales, mas no especializados sobre la identificación y manejo del paciente con

depresión y, como podemos apreciar en este (Cuadro No. 19 y en la gráfica No. 12), el 74.0% de las (os) enfermeras(os) encuestados(os) no han recibido ningún tipo de capacitación en servicio con relación al tema en estudio después de haber ingresado al sistema.

Como vemos, los resultados encontrados dejan claramente establecido que la capacitación es una necesidad real y sentida por las(os) enfermeras(os) y que le corresponde satisfacerlas a Docencia en Servicio de Enfermería de todas las instalaciones de salud de la Caja de Seguro social, Región de Herrera.

CUADRO No. 20  
CONSIDERACIONES DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS QUE  
LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL,  
REGIÓN DE HERRERA; SOBRE LA IMPORTANCIA DE ESTAR  
CAPACITADOS (AS) PARA PODER IDENTIFICAR Y MANEJAR  
AL PACIENTE CON DEPRESIÓN.  
ABRIL, 2004

Importancia de estar capacitado (a) para poder identificar y manejar al paciente con Depresión	Nº	%
Sí	35	100
No	-	-
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

En este (Cuadro No. 20 y en la gráfica No. 13 en anexos) se aprecia que las(os)

enfermeras(os) encuestados(os) consideran en un 100% que es importante estar capacitadas(os) en la identificación y manejo del paciente con depresión.

Situación esta que redundará en una forma positiva hacia la población en estudio, ya que su aprendizaje será más efectivo y por ende esos conocimientos revertirán en una atención de calidad a estos tipos de pacientes.

CUADRO No. 21  
OPINIÓN DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS QUE LABORAN EN  
LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE  
HERRERA; CON RELACIÓN A LAS RAZONES DEL PORQUÉ ES  
IMPORTANTE ESTAR CAPACITADA(O) PARA PODER  
IDENTIFICAR Y MANEJAR AL PACIENTE  
CON DEPRESIÓN.  
ABRIL, 2004

Razones del porqué es importante estar capacitado(a) para poder identificar y manejar al paciente con depresión	Nº	%
Estar preparado(a) y tener más conocimientos	12	34
Orientar, guiar, brindar apoyo y dar una atención de calidad.	17	49
Para poder canalizar o referir en forma adecuada.	6	17
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

Con relación al (Cuadro No.20) en donde la población en estudio manifiesta un interés marcado por estar capacitado(a), lo podemos relacionar con este (Cuadro No. 21 y a la gráfica No. 14 en anexos) donde las mismas(os) dan a conocer las razones primordiales de la importancia de esa capacitación. Y además, es una responsabilidad inherente en nuestra profesión el poder ofrecer una atención efectiva y de calidad a todos nuestros usuarios y por ende al paciente con depresión.



## **CONCLUSIONES**

1. En lo concerniente al conocimiento que tiene la enfermera generalista sobre la depresión, signos y síntomas, causas y factores de riesgo que predisponen a la enfermedad, se registra un perfil variable de dominio, por lo menos en el ámbito teórico sobre esta enfermedad.

Si bien el 54% de los consultados tienen conocimiento sobre la depresión, no hay una claridad conceptual sobre el requisito indispensable para hacer el diagnóstico (63.0%), ni sobre los signos y síntomas (74% y 89%).

No obstante, sí pudieron discriminar en un porcentaje significativo (54%) la situación que suele estar asociado a la depresión, las causas (80%) y la población con menos riesgo de sufrirla (69%).

2. En cuanto a la formación y a capacitación específicamente sobre esta enfermedad, el 74% de la población estudiada, revela que no ha recibido ningún tipo de capacitación. Esto devela la poca consistencia de los programas de educación continua destinados a este segmento de profesionales y a la falta de una acción coherente y permanente de tales programas.

3. Con relación al conocimiento que tiene la enfermera(o) generalista en lo que respecta al tratamiento de la depresión, se puede observar la gran limitación de conocimientos en esta área específica que tiene la población en estudio. Ya que de las cuatro áreas interrogantes que encierra esta dimensión, todas las respuestas dadas por los encuestados(as) fueron desacertadas; tipo de

psicoterapia más útil para mejorar el cuadro depresivo (89%), aspecto positivo que se logra con un tratamiento adecuado de la depresión (69%) y, por otro lado, en cuanto a discriminar qué tipo de tratamiento no está indicado en la depresión (100%) y qué efecto secundario no se presenta en pacientes que toman antidepresivos (100%).

4. En lo concerniente al manejo del paciente deprimido, si bien es cierto, el 77% de los consultados respondieron acertadamente que el primer contacto de la persona deprimida en los servicios de salud es la enfermera, no hay una claridad en la práctica de dónde debe ser referido el paciente deprimido una vez lo capte (94%), ni qué aspectos no debe incluir en la educación de la familia con estos tipos de pacientes (57%).
5. En cuanto a la opinión de que si el paciente deprimido debe recibir atención sólo por un personal especializado, el 51% de la población en estudio revela estar de acuerdo con este criterio. Esto demuestra la inseguridad y la aceptación de las enfermeras(os) de que no están preparadas para hacerle frente a este tipo de pacientes, y opinan que lo correcto es enviar al paciente a un personal especializado.
6. Con relación a la dimensión de valoración es notorio la percepción que tiene la población en estudio, ya que el 63% refiere que el ofrecer atención de

enfermería a los pacientes con depresión les produce inseguridad.

7. En cuanto a la disponibilidad de participar en un programa de docencia en servicio sobre la identificación y manejo del paciente con depresión, el 100% de la población estudiada refirió que está de acuerdo en participar. Esto demuestra el interés y motivación que tienen las enfermeras(os) por conocer sobre esta temática y así poder hacerle frente a esta situación y brindar una atención de calidad. Esto se reafirma en el Cuadro No. 20, donde el 100% de los reafirman la importancia de estar capacitados para poder identificar y manejar al paciente con Depresión.
8. Por último, podemos señalar que a pesar de que en la población en estudio hay un 49% que tiene menos de 11 años de experiencia laboral, y un 51% tiene más de 12 años de experiencia laboral, todos los encuestados tienen las mismas debilidades en lo que respecta a la identificación y manejo del paciente con depresión.

## **RECOMENDACIONES**

1. Se hace necesario la puesta en práctica, en forma prioritaria de un programa de educación continua dirigido a fortalecer y actualizar los conocimientos de las(os) enfermeras(os) sobre todo en el área de la salud mental.
2. Al nivel de currículo de formación de la enfermera, se hace necesario revisar el área de la salud y enfermedad mental a fin de profundizar y darle más pertinencia a estos temas que contribuyen a la formación integral del profesional, de modo que se le pueda dar respuestas más significativas a las necesidades de la población, en este componente de la salud y las enfermedades mentales.
3. El creciente aumento de las patologías de naturaleza mental, requiere cada vez de una enfermera generalista que maneje ciertas habilidades y destrezas básicas que le permita afrontar, canalizar y ayudar técnicamente a los pacientes que registran síntomas de esta naturaleza y que buscan servicios de atención en las instalaciones de la Caja de Seguro Social.
4. Capacitar a la población en estudio, mejorará sus conocimientos, por lo que podrá intervenir y dar una atención a estos pacientes de forma inmediata, sin prolongar la misma. Ellos(as) como parte del equipo multidisciplinario de salud y específicamente del área donde laboran, tienen que actuar en la promoción y prevención, más cuando el personal especializado en Salud Mental y Psiquiatría

es poco y no se encuentra en todas las instituciones de salud, por lo que la enfermera(o) generalista debe prepararse para contribuir con esta problemática.

5. Los resultados del estudio ponen en evidencia, la necesidad de fortalecer mediante un programa de actualización, a las(os) enfermeras(os) generalistas en el manejo y ayuda a los pacientes que registran conductas depresivas.

El programa debe diseñarse e implementarse bajo modalidades que le permitan al participante reconstruir el conocimiento y revisar habilidades y destrezas sin necesidad de ausentarse de su puesto de trabajo.

6. Se justifica cuanto antes la implementación de un Programa de Educación Continua dirigido a todos(as) las(os) enfermeras(os) para fortalecer los conocimientos generales que tiene las(os) mismos con relación al tema y de esta manera brindar una atención a los pacientes con este tipo de padecimientos sin riesgo alguno. Situación ésta que redundará en una forma positiva hacia la población en estudio, ya que su aprendizaje será más efectivo, y por ende, esos conocimientos revertirán en una atención de calidad a estos tipos de pacientes.

7. Implementar el módulo cognitivo de aprendizaje preparado para reforzar los conocimientos generales que tiene la población en estudio sobre la identificación y manejo del paciente con este tipo de enfermedad a través del Programa de

Docencia en Servicio del Departamento de Enfermería de todas las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.



## **CAPÍTULO QUINTO**

### **PROPUESTA**

## 1. Antecedentes diagnósticos.

La propuesta tiene su fundamentación diagnóstica en los resultados obtenidos en el estudio que ponen en evidencias, entre otras las siguientes debilidades:

- El conocimiento que tiene la enfermera(o) generalista sobre la enfermedad de la depresión es muy limitada.
- La formación y capacitación a las(os) enfermeras(os) generalistas sobre la enfermedad de la depresión han sido nulas al nivel de los programas de educación continua que se pudieran implementar a través de la Facultad de Enfermería del Centro Regional Universitario de Azuero y dentro de los mismos programas de docencia en las propias instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.
- Por otro lado, el conocimiento que tiene la enfermera(o) generalista en lo que respecta al tratamiento de la depresión es casi mínima.
- A pesar de que la mayoría de las(os) enfermeras(os) generalistas reconoce que el primer contacto de la persona deprimida con los servicios de salud es la enfermera. No hay una claridad en la práctica sobre dónde debe ser referido el paciente deprimido una vez lo capte, ni qué aspectos debe incluir en la educación de la familia con estos tipos de pacientes.
- Es notorio el grado de percepción que tienen las enfermeras(os) generalistas con relación a la atención del paciente deprimido, ya que la mayoría manifiesta que esta

actividad les produce inseguridad y opinan que los mismos sólo deben recibir atención por un personal especializado. Esto reafirma la inseguridad y la falta de conocimiento y la aceptación de las enfermeras(os) de que no están preparados(as) para hacerle frente a este tipo de pacientes.

- ☯ Por último, es importante recalcar la disponibilidad que tienen las(os) enfermeras generalistas de participar en un programa de docencia en servicio sobre la identificación y manejo del paciente con depresión. Lo que demuestra el interés y motivación que tienen las(os) mismos(as) por conocer sobre esta temática y así poder hacerle frente a esta situación y brindar una atención de calidad.

## **2. Antecedentes teóricos.**

La propuesta curricular de módulos cognitivos de aprendizaje sobre identificación y manejo de la depresión, capacita a la enfermera en el área de la Salud Mental y Psiquiatría fuera del marco universitario. Requiere que el aprendizaje programado haga una aportación práctica a la educación del profesional.

La propuesta curricular mediante módulos cognitivos de aprendizajes se fundamenta en el estudio independiente o en colaboración con otros compañeros o ayudados por expertos, lo cual le permite al profesional acceder y lograr construir en forma autónoma y significativamente el aprendizaje de los conocimientos. O sea, los esfuerzos deben estar dirigidos a que las enfermeras se les brinde todos los medios y se

les oriente estratégicamente para que accedan conocimientos, y con base a esa postura intelectual y cognitiva construyan en colaboración con pares iguales o superiores, sus propios aprendizajes.

*“El aprendiz es el responsable de la construcción cognitiva de los aprendizajes; el docente debe ser capaz de prestar la ayuda necesaria para que se realice tal actividad constructiva”. (Batista, 1988: pp.72)).*

Un material bien estructurado, en cuanto a su contenido científico, secuencia psicológica y ordenamiento signico, es lo que permitirá que el aprendiz lo accese, lo interiorice, lo haga suyo, es decir, lo aprenda, lo incorpore y así pueda aplicarlo para comprender, interpretar la realidad social en la que está inmerso y acomodarlo para seguir aprendiendo.

*“La estructura del texto ayuda a su comprensión, un texto bien organizado, es un texto mejor recordado”. (Chadwick, 1998: pp. 65).*

### **3. Objetivos.**

#### **3.1. Objetivo general.**

Fortalecer a las(os) enfermeras(os) generalistas de la Caja de Seguro Social de la Región de Herrera, sobre la identificación y manejo de los pacientes con depresión.

### **3.2. Objetivos específicos.**

- ☉ Diferenciar cuáles son los síntomas, causas y factores de riesgo de la depresión.
- ☉ Discriminar los diferentes tipos de tratamientos indicados en la depresión.
- ☉ Explicar la participación de la enfermera(o) en el manejo del paciente con depresión.

### **4. Direcciones metodológicas.**

Para diseñar y elaborar un texto cognitivo, lo que se requiere es tener presentes algunas de las enseñanzas de estos grandes y eminentes Psico-pedagogos creadores de las teorías del aprendizaje basadas en el paradigma cognitivo, como lo son Bruner, Ausubel, Piaget y Vigotsky.

Para elaborar un texto de actividad cognitiva, lo primero que debemos hacer es determinar la situación de aprendizaje que deseamos realizar y luego seleccionar el tema o área de conocimiento y, con base en esta unidad temática, estructurar su contenido.

Esto lo podemos realizar, si para tal fin elaboramos un plan de contenido y que el mismo posea una estructura lógica en cuanto a los conocimientos, y secuencia psicológica, considerando lo significativo del contenido y su compatibilidad con el nivel

de desarrollo bio-psico-social de los participantes.

El plan de contenido permitirá realizar una investigación documental y teórica para, así estructurar el discurso académico y científico que conformará el texto que luego será facilitado a las enfermeras para que lo accesen, construyan y aprendan.

Una vez estructurado el texto, habrá que analizarlo varias veces, es más, validarlo con otros especialistas, para comprobar su pertinencia y consistencia académica.

*“La estructuración, organización y ordenamiento que se le pueda dar a un material de enseñanza, al igual que su énfasis para destacarlo cognitivamente. Es lo que permitirá la economía en el procesamiento intelectual de los conocimientos”. (Batista, op. cit.).*

Seleccionados los conocimientos para acceder, se debe determinar aquellas “Ideas fuerzas” de carácter cognitivo que ayudarán al profesional a comprender el contenido del texto y a acometer su aprendizaje. Estas ideas fuerzas serán determinadas de acuerdo con los niveles de intencionalidad pedagógica y cognitiva del diseñador educativo del texto.

Al inicio del texto cognitivo; es conveniente, estructurar una introducción en donde se le ofrezca al estudiante una exhortación al estudio. Se debe, también, incluir

en esta misma introducción los conocimientos previos que, como “aprendizaje receptivo”, el docente provee al aprendiz, para que éste fortalezca sus esquemas de conocimiento y así pueda establecer ese “puente cognitivo” para relacionar lo ya aprendido con lo nuevo, y posibilitar así, el aprendizaje significativo.

Al final del texto cognitivo sería prudente incluir una síntesis y una evaluación. Esta última debe ser de carácter independiente o en colaboración para que pueda monitorear o autorregular su aprendizaje.

*“La evaluación es aquella que ayuda a mejorar el aprendizaje del estudiante, involucra procesos de monitoreo y retroalimentación para su propio aprendizaje”.*  
(Carreño, 1992: pp. 83).

**UNIVERSIDAD DE PANAMA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO**

Panamá, 2005

Programa de Docencia en  
Servicio dirigido a las(os)  
enfermeras(os) generalistas de la  
Caja de Seguro Social, Región de  
Herrera



ELABORADO POR:  
Lic. LUIS ANTONIO LU NAVARRO

**TEXTO COGNITIVO DE APRENDIZAJE**

**IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN**



## PRESENTACIÓN

### ESTIMADOS(AS) COLEGAS:

La sociedad en que vivimos, es una sociedad convulsionada, caracterizada por un sinnúmero de **estresores** que predisponen al individuo a sufrir en algún momento de su vida un problema de salud mental.

Entre estos, está la **depresión**, como un grave problema de salud pública, ya que la carga que impone sobre la población en términos de **sufrimiento y discapacidad** y los problemas **económicos y psico-sociales** que generan justifica ampliamente la adopción de medidas urgentes para su prevención, tratamiento y control.

El **primer** contacto de las **personas** con este tipo de padecimiento con el sistema de servicio de salud es, el **nivel primario** de atención. En este sentido, viendo la necesidad imperante que tienen las **enfermeras(os)** generalistas que laboran en este primer nivel de atención; en cuanto a conocimientos, habilidades y destrezas en la identificación y manejo del paciente deprimido.

En esta sección, abordaremos todos los aspectos relevantes que tienen que ver con la **depresión** iniciando por la definición de la misma, la identificación de los **síntomas**, tipos de **episodio depresivos**, **causas**, **factores de riesgo**, **tratamientos**, **tipos de tratamientos**, **niveles de atención** y por último plantearemos **actividades específicas** de la **enfermera(o)** para este problema.

Este texto cognitivo de aprendizaje, el cual ha sido elaborado por el docente y representa una versión académica resumida pero de estructura cognitiva para que las estudien de forma independiente o grupal.

Para esto, se han estructurado diversas actividades individuales y grupales cuyos resultados deben confrontarse con los trabajos elaborados por sus colegas.

**¡Ánimo y Adelante!**

## INTRODUCCIÓN

### *A MANERA DE CONOCIMIENTOS PREVIOS*

Cada año el **10%** de la población del mundo sufre de **depresión**; es decir la depresión es una **enfermedad** grave que se presenta con una prevalencia superior a la de la hipertensión arterial en el ámbito de la atención primaria, y que tienen un **impacto social** y sobre la **funcionalidad física** superior al de enfermedades como la propia hipertensión, la diabetes, la artritis o el dolor de espalda.

La **depresión** se asocia con una morbilidad significativa y una elevada mortalidad por **suicidio**, presentándose a menudo de forma crónica y recurrente. Es una enfermedad mental causada por un desequilibrio químico en el cerebro, caracterizado por tristeza, falta de capacidad para alegrarse, pobre actitud positiva, indiferencia, es un estado que no se puede **superar a voluntad**. Requiere tratamiento médico.

El costo en términos económicos es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable. Los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente. Ellos causan dolor y sufrimiento no sólo a

quienes de ellos padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enfermera como la de su familia. Sin embargo, en gran parte, este sufrimiento se puede evitar.

Se estima que la depresión mayor tiene una prevalencia en el curso de la vida del 17% o más, y la depresión breve recurrente del 11% o superior, con una incidencia que es aproximadamente el **doble** en las mujeres que en los hombres; se considera que el **75-80%** de las depresiones son **recidivantes**. Según datos de algunos autores, el **15-20%** de los pacientes con depresión desarrollan **cronocidad** y el **10-20%** se **suicidan**. Existen predicciones que estiman que la depresión mayor se convertiría en la segunda enfermedad más incapacitante para el año 2020, superada tan sólo por la cardiopatía isquémica en cuanto al **grado de incapacidad** y costo social que origina.

A pesar de la elevada prevalencia tanto de los síntomas depresivos como de los episodios de depresión mayor en pacientes de todas las edades, se considera que la depresión es una enfermedad **infradiagnosticada e infratratada**, especialmente en atención primaria; siendo esto, paradójicamente, el ámbito donde de forma inicial y más frecuente son atendidos los pacientes que la padecen. A menudo, sólo se identifica y se tratan los síntomas en lugar de realizar un abordaje completo del síndrome de la depresión.

La mayoría de los pacientes con depresión solicitan asistencia en el ámbito de la **atención primaria**. Algunos estudios epidemiológicos muestran que el paciente con depresión utiliza más los servicios de atención primaria, que los no diagnosticados de esta enfermedad. En la práctica las encuestas muestran que es necesario fomentar la **capacidad para reconocer y tratar** la depresión en los médicos y las enfermeras (os) a este nivel asistencial.

Por todo lo anteriormente expresado, entre otras, en la actualidad de forma general se suele reconocer la atención primaria como el medio en el que se debe diagnosticar y tratar la depresión, a excepción de los casos **complicados** o que requieren la intervención del **especialista** en salud mental.

Por estas razones, el texto cognitivo de aprendizaje que a continuación presentamos le permitirá a las(os) enfermeras(os) generalistas profundizar en sus conocimientos, habilidades y destrezas en cuanto a la **identificación y manejo de la depresión**.


Ahora qué tiene claro..... Qué debes aprender **¿LEE y ANALIZA?** El siguiente texto cognitivo de aprendizaje sobre **“LA IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN”** te ayudará a comprender estos conocimientos y poderlos **utilizar y aplicar** en tu praxis profesional.

**ACTIVIDAD No. 1**

Usted ya tiene experiencia en el ámbito de la práctica profesional de Enfermería, ya que en sus años como enfermera(o) generalista, usted se ha relacionado con el paciente y ha intervenido para satisfacer las necesidades identificadas a través del avalúo físico y donde utilizó la observación e interpretación para realizar los diagnósticos de enfermería.

Basándose en esta experiencia, usted puede formarse una idea de cómo se puede identificar a un paciente con depresión y cuál es su manejo.

Antes de continuar, por favor reflexione sobre estos aspectos:

- a. ¿Cuáles son los síntomas típicos y adicionales que puede presentar el paciente deprimido tal como es percibido por usted?
  - b. ¿Según su opinión cuáles son las actividades específicas de la enfermera (o) en el manejo del paciente deprimido?
- 

## 5. Texto cognitivo de aprendizaje, identificación y manejo de la depresión.

La **depresión**, la enfermedad más difundida de nuestra época, según la Organización Mundial de la Salud, es el trastorno que genera mayor **incapacidad** en el mundo y al parecer empeorará en el futuro, siendo también una causa relevante de **mortandad**. Las personas que presentan depresión tienen mayor riesgo de atentar contra sus vidas en una proporción **30 veces** mayor que la población general. La persona que está deprimida no sólo pierde el entusiasmo por la vida, sino que pierde temporalmente la **voluntad de vivir**. De ahí la frecuencia de los actos **suicidas**.

Este texto cognitivo tiene por finalidad capacitar a la enfermera(o) generalista en la identificación y manejo de la depresión, que es el trastorno afectivo más frecuente. Regularmente el **primer contacto** de la persona deprimida con los servicios de salud es a través de la **enfermera**. La posición en que se encuentra la enfermera generalista facilita una relación más estrecha con los pacientes y con frecuencia puede dedicarles más tiempo que el médico.

La enfermera suele conocer bien al paciente y a sus familiares, por lo que suele estar en una posición más favorable para notar cambios o recibir información con adiestramiento adecuado; la enfermera puede ser capaz de detectar una alta proporción de pacientes deprimidos y comunicar su impresión diagnóstica al médico.

La capacitación dada a la enfermera generalista no se debe **limitar** a la identificación de la depresión, sino que, además debe cubrir otros aspectos de la atención de interés crucial para el paciente. Deberá adquirir conocimientos básicos sobre las diferentes intervenciones terapéuticas utilizadas en la atención, tanto las de carácter **farmacológico** como las de naturaleza **psicoterapéutica** y **social**. El conocimiento que adquiere sobre los **psicofármacos** utilizados más comúnmente en el tratamiento de la depresión, en particular sobre sus **indicaciones**, **posologías**, **contraindicaciones** y **efectos secundarios**, le será de gran ayuda para estimular en los pacientes el cumplimiento del tratamiento. Será posible también que consulten a ella en primer lugar sus dudas, temores o molestias por los efectos secundarios de la medicación. Si el paciente recibe psicoterapia, es también importante que pueda comentarlo con la enfermera, quien debe poder contestar preguntas y tranquilizar acerca de la utilidad de esta técnica, para estimular el cumplimiento. Su contacto con la **comunidad** le ayudará a identificar recursos utilizables en la **rehabilitación** de los pacientes y en la provisión del apoyo psico-social que estos requieren.

**Definición de Depresión:** Generalmente se utilizan los términos y trastornos afectivos como equivalentes. En sentido estricto no lo son. Los trastornos afectivos son una categoría amplia de estados de ánimo en los que se presentan dificultades en los campos de las **emociones**, la **capacidad cognoscitiva**, el **comportamiento**, y la regulación de las **funciones corporales**.



*“La depresión, es la forma más común de trastorno afectivo; el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa”. (Liliana, Orjuela.2000: pp. 26)*

No se pueden confundir la **depresión** con el estado de ánimo decaído que sucede a una experiencia vital adversa, por ejemplos pérdidas, separaciones, desilusiones, etc. y que es una respuesta normal de carácter transitorio. O sea la **tristeza** nos da por algún **motivo** y es **pasajera**. La **depresión**, a diferencia de lo que casi todo el mundo piensa, es una **enfermedad** como cualquier otra que requiere atención y cuidados médicos. Cualquier persona puede sufrir de depresión. La principal característica de la depresión es la **tristeza** sin ningún motivo. Las personas que sufren de depresión se sienten **insatisfechas** con su vida y **desanimadas**. Pero ¡cuidado!: No confunda la **depresión** con la **tristeza**. Después de la muerte de un ser querido, de parto o de una pérdida es normal sentirse triste. Sin embargo, cuando la tristeza y el desánimo son profundos, sin motivos (o demasiado fuertes, si hay algún motivo) y duran mucho, pueden ser partes de una depresión.

**La depresión es una enfermedad tratable.** Una vez diagnosticada puede ser tratada exitosamente en la mayoría de los casos, mediante **medicamentos, psicoterapia** o una combinación de ambos.

La **depresión** es una enfermedad que a **menudo** pasa **desapercibida**, es decir, con frecuencia no es diagnosticada o es confundida con otras enfermedades en los servicios no especializados de salud, sobre todo, en el nivel primario de atención.

La **depresión** es una **enfermedad costosa**, tanto para el paciente y su familia como para la comunidad y el país. Las ausencias del trabajo y la baja productividad de las personas afectadas representan pérdidas importantes, a menudo no contabilizadas.

La **depresión** es una **enfermedad discapacitante**, que en los casos más graves impide a la persona realizar sus funciones habituales e incluso cuidarse de sí misma.

Finalmente, es una **enfermedad potencialmente letal**, en cuanto involucra un riesgo de **suicidio**, que en los casos graves puede ser muy alto.

### ⇒ **IDENTIFICACIÓN; SÍNTOMAS TÍPICOS Y ADICIONALES.**

Usted puede estar deprimido si en las dos últimas **dos semanas** ha tenido, durante la mayor parte del día o todos los días, **dos (02)** de estos síntomas típicos:

- ☯ La tristeza o ánimo deprimido.
- ☯ La pérdida de interés por personas, cosas o actividades con las que antes se disfrutaba.
- ☯ Aumento de la fatigabilidad o sensación de pérdida de energía.

Y por lo menos **cuatro (04)** de estos síntomas adicionales:

- ☯ Dificultad para concentrarse o prestar atención.
- ☯ Pérdida de confianza en uno mismo y sentimientos de inferioridad.
- ☯ Sentimientos de culpa y de ser inútil.
- ☯ Perspectiva sombría del futuro.
- ☯ Pensamientos y/o actos suicidas o auto agresivos.
- ☯ Dificultades en el sueño (poco o mucho).
- ☯ Aumento o disminución del apetito con cambios en el peso.

Si no tiene por lo menos **dos (2)** síntomas típicos y **cuatro (4)** o **dos (2)** síntomas adicionales, probablemente estará **TRISTE, NO DEPRIMIDO**.

⇒ **TIPOS DE EPISODIOS DEPRESIVOS SEGÚN EL NÚMERO, TIPO Y GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS.**

- ☯ **La depresión grave:** Se presentan cuando los **tres** síntomas típicos antes descritos

están presentes junto con al menos **cuatro** de los síntomas adicionales y los cuales deben ser de intensidad grave.

- **La depresión moderada:** Aparece cuando están presente al menos **dos** de los síntomas típicos y **tres** de los adicionales.
- **La depresión leve:** Se puede diagnosticar con **dos** de los síntomas típicos y **dos** de los adicionales.

Algunos de los síntomas adicionales son de naturaleza **psicológica** (sentimientos de culpa, inseguridad, dificultad para concentrarse) y otros están relacionados con las **funciones corporales**. Cuando se presentan **pensamientos de muerte**, ideas **suicidas** o **intento de suicidio** se han de tomar **precauciones extremas**, dado el riesgo de que se consuma el suicidio.

*“Cuando la **depresión** se acompaña de otros **síntomas psiquiátricos** graves, como **alucinaciones**, **ideas delirantes** o lo que llaman **estupor depresivo**, que es una **inhibición psicomotriz** grave, puede tratarse de una **depresión psicótica**”.*

*(Enciclopedia de la Psicología Océano, 1997: pp. 832)*

**CAUSAS DE LA DEPRESIÓN:** Existe el mito de que la depresión es el resultado de la debilidad de carácter, de que es algo de lo que uno puede **“liberarse”** con sólo intentarlo un poco”.

*“Se evidencia que en la **depresión** están involucrados aspectos **biológicos**, factores **genéticos**, **personales** y **ambientales** y su interrelación interviene potencialmente para desatar o alterar el curso o la severidad de la enfermedad”. (Orjuela, op. cit.)*

No podemos asegurarlo a ciencia cierta. Se encuentran posturas partidarias de la consideración **endógena**, es decir, la depresión debido a factores constitucionales, internos, de origen biológico y de predisposición hereditaria.

Otra postura es la consideración **exógena** de la depresión, esto es, factores que se encuentran en el medio ambiente del paciente, como estrés, acontecimientos laborales, profesionales, familiares, situaciones de pérdida (la muerte de un ser querido, una ruptura, etc.). Realmente no serían los factores ambientales propiamente dichos los que desencadenan la depresión, más bien sería la forma en que la vida y el cómo reacciona el paciente, lo que puede hacer que se precipite una depresión.

Una tercera postura es la que considera que en una depresión pueden estar implicados ambos factores, tanto **endógenas** como **exógenas**, en distintas proporciones en los distintos pacientes.

Si bien las investigaciones han logrado una vasta explicación acerca de la **depresión**, los científicos todavía no han podido encontrar el mecanismo exacto que la

desencadena. Existe una gran posibilidad de que no haya una simple causa. Sin embargo, estudios recientes han conectado a la **depresión** con cambios **genéticos** en la composición química del cuerpo. Estos cambios generalmente involucran un desequilibrio en los **neurotransmisores** (sustancias químicas que permiten que las células del cerebro se comuniquen), en particular **serotonina** y **norepinefrina**.

Otros factores, como relaciones familiares negativas, enfermedades graves, pérdidas o cambios significantes y abuso de sustancias pueden causar o complicar la depresión.

#### **REFLEXIONE:**

*¿Cómo percibe usted el hecho de que en la actualidad los investigadores promueven la teoría de que la **depresión** puede estar íntimamente relacionada con cambios **genéticos** en la **composición química** del cuerpo; específicamente los que tienen que ver con los neurotransmisores en particular la **serotonina** y la **norepinefrina**?*

#### **⇒ FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN.**

La **depresión** le puede dar a cualquiera. Sin embargo, hay personas que tienen más **riesgo** de sufrir una depresión, entre estos tenemos:

**Episodios previos de depresión:** La depresión es con frecuencia una enfermedad que se repite (**recurrente**) por lo que la existencia de episodios previos, es un factor de riesgo para que se repita.

**HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS AFECTIVOS:** Se deberá averiguar si en la familia ha habido otras personas con esta enfermedad.

*“La depresión es 1- 3 veces más frecuente en las personas con un paciente de primer grado de consanguinidad que ha tenido ese trastorno”. (Lancaster, 1984: pp. 35).*

**HISTORIA DE INTENTOS DE SUICIDIO:** Están estrechamente relacionados con los trastornos depresivos. Cuando la persona tiene **antecedentes** de uno o varios **intentos previos**, las probabilidades de desarrollar un **episodio depresivo** son altas.

**Pertenencia al género femenino:** De acuerdo con la mayor parte de los estudios registrados, las **mujeres** sufren depresión en proporción **doble** en comparación a la frecuencia de los **hombres**.

*“La **depresión** es más frecuente en las mujeres que los hombres, observándose una relación de 2:1” (Munro y McCulloch, 1984: pp. 61).*

**Período Post – Parto:** La depresión post - parto, es una depresión muy grave que se presenta en el **puerperio inmediato**. Sin embargo, no debe confundirse con la **tristeza normal** que aparece tras el parto en una gran mayoría de mujeres.

**Padecer una enfermedad grave o discapacitante:** Es otro factor que predispone a la aparición de una depresión.

**Falta de apoyo social o familiar:** Las personas que viven **solas** y que no disponen de **apoyo** de los familiares, amigos y comunidad, tienen un riesgo mayor de sufrir una depresión. Sin embargo, más importante que la existencia de apoyo social y familiar es la calidad de los mismos.

**Estar pasando por momentos difíciles:** Las situaciones adversas como (divorcio, pérdidas, cárcel, etc.) pueden jugar un papel importante en el desencadenamiento de estos trastornos.

**Abuso de alcohol o drogas:** Pueden asociarse a la depresión de dos maneras; la persona que está deprimida puede empezar a beber o consumir drogas en un intento de encontrarse mejor, pero en otros casos, la depresión no se desencadena precisamente



por el consumo de estas sustancias.

En cualquiera de los casos, la confluencia de depresión y abuso de sustancias tóxicas como alcohol, aumenta mucho el riesgo de suicidio.

### ⇒ FACTORES INDICADORES DE RIESGO PARA EL SUICIDIO:

Ante la pregunta de si las personas que sufren **depresión** tienen mayor riesgo de suicidarse. Encontramos que en casos de depresión siempre debe considerarse la posibilidad del suicidio. Las personas que sufren de depresión son **30 veces** más propensas a cometer suicidio que la población general.

*“Los factores de riesgo son las condiciones de orden personal o circunstancial que pueden **aumentar** o **disminuir** la probabilidad de que ocurra un **suicidio**”. (Orjuela, op. cit.).*

Existen varios factores de riesgo, entre los cuales podemos mencionar:

- ☉ **Existencia de la idea:** Los hombres son más **vulnerables** que las mujeres a cometer suicidio, mientras que las mujeres cometen más **intentos** y lo manifiestan con mayor frecuencia.
- ☉ **Intentos Previos:** La presencia de intentos previos aumenta el riesgo de suicidio

en el futuro. Algunos estudios han encontrado que alrededor de una tercera parte de las personas que cometieron suicidio habían tenido intentos previos.

- **Planeación:** Se ha observado que entre más estructurado esté el plan de suicidio, mayor es el riesgo de que ocurra. La planeación se refiere a si la persona tienen identificado el lugar, el método que utilizará y cuándo lo realizará. El riesgo aumenta con la verdadera intención de la persona.
- **Sexo:** El **75%** de los suicidios son realizados por **hombres**.
- **Edad:** En los últimos **20 años** se ha incrementado las tasas de suicidio entre personas entre **15 y 25 años**.
- **Estado civil:** Los estudios señalan que el suicidio ocurre con mayor frecuencia entre personas **solteras, separadas y viudas** que entre las personas que viven en pareja.
- **Suicidios cercanos:** El riesgo de suicidio es mayor cuando existen suicidios de personas cercanas.
- **Pérdidas recientes:** Un factor precipitante puede ser la **muerte** de un ser querido o un **divorcio**.
- **Trastornos psicopatológicos:** Es más frecuente el suicidio en la población **hospitalaria psiquiátrica** en relación con la población en general, siendo más frecuente en las personas que tienen un trastorno afectivo.
- **Trastornos afectivos:** No todos los casos de depresión terminan en suicidio, ni todos los suicidios son resultado de una depresión, aunque existe una correlación entre los dos eventos.

- ☯ **Uso de sustancias psico-activas:** El consumo de drogas y el abuso de alcohol aumentan el riesgo de suicidio.
- ☯ **Enfermedad crónica:** Otra condición de riesgo de suicidio es el padecer una enfermedad crónica más si está asociada a una incapacidad. Por ejemplo, el mismo es mayor cuando la persona es anciana y presenta una enfermedad crónica.

⇒ **TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN:**

El **tratamiento** contra la depresión es efectivo en el **80%** de los casos, esto significa que **8** de cada **10** personas que sufren de depresión y recibe tratamiento se sobreponen y vuelven a sentirse bien.

Este tratamiento se puede hacer casi siempre en el **Centro de Salud o Policlínica**. Muchas veces, se lo puede dar su médico general sin necesidad de ir al especialista. El tratamiento consigue mejorar los síntomas de la enfermedad y prevenir que no se vuelva a enfermar.

Generalmente el tratamiento demora en hacer efecto de **1 a 3 semanas**. La mayoría de las personas mejora a partir de la **tercera semana** y se sienten completamente bien a la **sexta semana**. El tratamiento debe continuar hasta que el médico lo suspenda.

La depresión se trata generalmente con **medicamentos, psicoterapias** o con una combinación de ambos. A veces es necesario ir al hospital si la depresión es muy grave o no mejora con el tratamiento. Y en última instancia se utiliza la terapia **electro-convulsiva**, sobre todo en depresiones severas donde está en **peligro** la vida del paciente o aquellos pacientes que no pueden tomar antidepresivos.

También es importante señalar que buscar tratamiento temprano en el curso de un episodio de depresión mayor puede ayudar a evitar que la enfermedad se vuelva más severa o crónica. El tratamiento además, puede evitar la **recurrencia** de la depresión.

Finalmente el tratamiento puede evitar la consecuencia más temida y final de la depresión, el **suicidio**.

#### ⇒ **METAS DEL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN:**

Los síntomas que afectan a los pacientes deprimidos son causa de sufrimiento, que puede ser intenso y prolongado. Un buen tratamiento debe **disminuir** ese sufrimiento y **acortar su duración**. Los episodios depresivos no tratados pueden prolongarse, en ocasiones por tiempo prolongado (6 a 24 meses). Un tratamiento adecuado debe lograr el **acortamiento de los episodios**.

La depresión es una enfermedad **discapacitante**, en grados que va desde un

rendimiento menor en el trabajo y una falta de habilidad en las relaciones sociales hasta la discapacidad total, que obliga al paciente a abandonar actividades hogareñas, laborales, académicas o sociales. También se suele producir un abandono del **auto cuidado** y en ocasiones **conductas de riesgo**, o consumo de alcohol, drogas. Un tratamiento apropiado, en un plazo determinado, **disminuirá la discapacidad**, permitiendo al paciente la recuperación parcial o total del nivel de actividad que tenía antes de enfermar.

La depresión se caracteriza por la frecuencia de las **recaídas** (reaparición de síntomas en un tiempo corto después que éstos se han aliviado o desaparecido.) Y de las **recurrencias** (reaparición del cuadro depresivo después de un período definido de recuperación total.) Un buen tratamiento debe lograr que las **recaídas** y **recurrencias** **desaparezcan o que el tiempo que medie entre ellas sea prolongado.**

Al lograr la recuperación del paciente en un tiempo prudencial y obtener la reincorporación total o parcial a sus actividades pre mórbido, el tratamiento adecuado **disminuye los costos para el paciente y la sociedad.**

Finalmente, la detección y tratamiento precoz de la depresión no sólo disminuyen la frecuencia y el tiempo que el paciente tarda en ser atendido por causa de su trastorno, sino que también reducen el número de consultas e intervenciones

realizadas para tratar cuadros somáticos o psiquiátricos asociados con la depresión o que enmascaran esta condición.

⇒ **PASOS DEL TRATAMIENTO.**

El primer paso que se debe dar en el tratamiento de la depresión es el **establecimiento del diagnóstico**, basándose en la historia clínica, los signos y síntomas que presenta el paciente y la evolución de los factores de riesgo.

La **planificación de la intervención terapéutica**, se hará basándose en las condiciones del paciente, las características clínicas y gravedad del cuadro, la presencia de factores psico-sociales favorables y agravantes y los recursos disponibles.

**El inicio de la intervención se hará cuanto antes**, luego que el paciente y / o su representante legal haya sido informado detalladamente de la naturaleza, riesgos y ventajas de las intervenciones y haya dado su consentimiento.

Esto debe comenzar por proporcionar al paciente y a sus familiares información acerca de la enfermedad que padece.

**La vigilancia de la eficacia de la respuesta clínica**, es un paso importante del tratamiento por cuanto va a permitir evaluar su eficacia y a servir para tomar decisiones

para su continuación, modificación o sustitución.

**La vigilancia de los efectos secundarios** es crucial para detectar su presencia y gravedad y para tomar medidas para contrarrestarlos. En ocasiones no hay que cambiar el tratamiento por estos efectos.

**La evaluación del funcionamiento psico-social** mide los progresos en la vida de relación, o la falta de ellos, que vaya haciendo el paciente. Justamente con la evolución de la sintomatología es un indicador de la eficacia de la atención y del grado de readaptación que vaya alcanzando el paciente.

**El ajuste del tratamiento**, concretamente del tratamiento psico-farmacológico, debe hacerse periódicamente, teniendo en cuenta los canales en la sintomatología, el desempeño psico-social del paciente y los efectos secundarios.

## ⇒ **FASES Y OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO.**

**Fase Aguda:** El tratamiento de la **fase aguda** tiene como objetivo:

- ☉ Reducir o, si es posible, eliminar los síntomas, hasta que la crisis desaparezca, previniendo al mismo tiempo el riesgo de suicidio.
- ☉ Ayudar al paciente a reintegrarse a sus actividades habituales.

- Reducir las posibilidades de recaídas y recurrencias.
- Ofrecer información acerca de la enfermedad, de recurso y del tratamiento que se está realizando.

En la **fase aguda** se consideran todas las **opciones terapéuticas** disponibles (farmacológicos, psicoterapéuticos, sociales, etc., según corresponda) y se instituye un tratamiento de acuerdo con las condiciones del paciente. Generalmente los pacientes con depresión severa son tratados inicialmente con **fármacos** o **terapia electroconvulsivo**. (En los servicios especializados), y con menos frecuencia, con psicoterapia o con una combinación de los diferentes métodos. Habitualmente la sintomatología se acentúa o desaparece al cabo de algunas semanas, debiéndose cambiar el plan terapéutico si no se observa mejoría.

° Una vez que se ha superado la fase aguda y los síntomas han desaparecido o se han atenuado manifiestamente, sobreviene un período en el que la **interrupción del tratamiento** puede provocar una **recaída**. Los objetivos de esta fase del tratamiento son **prevenir las recaídas** y **estabilizar el estado de ánimo**. Lo anterior se logra mediante el establecimiento de un **tratamiento de continuación** por un período de cuando menos **16 a 20 semanas**. Si el paciente continuó bien, se puede interrumpir el tratamiento, pero manteniendo una estrecha vigilancia con el fin de detectar tempranamente síntomas de recaída.



A pesar del éxito del tratamiento, un número apreciable de pacientes presenta recurrencias, esto es, reaparición de un nuevo episodio después que se había vuelto a la normalidad. Según el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América, los pacientes que han tenido tres o más episodios de depresión mayor tienen una probabilidad de **90%** de volver a tener otro episodio. **Los tratamientos de mantenimiento** tienen por finalidad prevenir la aparición de **recurrencias**. La OMS recomienda considerar el establecimiento del régimen de mantenimiento del tratamiento en los pacientes que hayan tenido dos o más episodios depresivos en los últimos cinco años. Habitualmente el tratamiento de mantenimiento es de tipo farmacológico.

### ⇒ NIVELES DE ATENCIÓN DE LA DEPRESIÓN.

El **tercer nivel de atención** corresponde a los **servicios especializados**, de mayor complejidad, con alta concentración de personal y recursos técnicos. Los establecimientos que prestan servicios de este nivel son los servicios **psiquiátricos** en **hospitales generales**, otros centros psiquiátricos en la comunidad y los **hospitales psiquiátricos**.

En el nivel terciario de atención se destacan la labor de los **especialistas (Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Enfermeras Psiquiatras y Trabajadores Sociales Psiquiátricos)** cuyas destrezas no deben limitarse al campo clínico. Este personal debe

estar capacitado para trabajar en la comunidad, estableciendo alianzas terapéuticas con sus líderes, con los familiares, con los empleadores, los guardianes, las fuentes de empleo y otros recursos extra institucionales.

**El nivel secundario de atención:** Corresponde a los servicios de atención psiquiátrica prestados en establecimientos de **medicina general**, tales como **hospitales generales, policlínicas y consultorios externos**, entre otros. La atención psiquiátrica en este nivel es prestada por la **enfermera general, técnico en enfermería y el médico general** o el especialista no Psiquiatra.

Habitualmente los servicios son prestados en los **Hospitales Distritales o Provinciales, centros de salud urbana y consultorios externos generales**. Los prestadores de servicio deben estar capacitados para recibir pacientes referidos por el nivel primario así como para asistir pacientes que acuden directamente a los servicios. Por tal motivo nuestro interés para que la **enfermera general** se **capacite** en este nivel en el **diagnostico, tratamiento y derivación** de pacientes deprimidos. Una alta proporción de los pacientes deprimidos que acuden directamente al nivel primario puede ser tratados efectivamente por los médicos y enfermeras(os) generales debidamente capacitadas(os).

**El nivel primario de atención:** Corresponde a la base de la pirámide y constituye la **puerta de entrada** del paciente en el sistema de servicios de salud.

El sistema oficial de servicios de salud está representado en el nivel primario por los **Centros de Salud, Sub Centros, CAPPs y Puestos de Salud**, generalmente asentados en el área rural o en la periferia urbana. En algunos países, los Centros y Puestos de Salud están regentados por un médico general.

En la mayoría de los casos, los Sub Centros y Puestos de Salud están a cargo de un trabajador primario de salud, que puede ser un Técnico en Enfermería o un Promotor de Salud. El **trabajador primario** puede ser capacitado para **identificar** pacientes con depresión y tomar las **primeras medidas** para su asistencia. Si el caso lo requiere, puede derivarlo al nivel de atención inmediatamente superior. También el trabajador primario debe estar capacitado para **dar seguimiento** a los pacientes atendidos en los establecimientos del nivel secundario y terciario, pudiendo administrarles la medicación de mantenimiento cuando esto ha sido prescrito, estimular el cumplimiento del tratamiento, vigilar la aparición de efectos secundarios y detectar síntomas que anuncien recaídas o recurrencias. Además, el trabajador primario de salud es el **vínculo** inmediato del sistema de salud con la **comunidad**, pudiendo identificar los recursos propios de ésta.

### ⇒ **TIPOS DE TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN.**

El tratamiento para la depresión generalmente es de dos pasos, el primero es **intensivo** para hacer que los síntomas de la depresión desaparezcan, y el segundo es de

**continuación** del tratamiento; incluso, después de que se encuentre bien, es importante porque impide que la depresión regrese. Entre estos tipos de tratamientos tenemos:

**Psicoterapias:** La psicoterapia es un **tratamiento eficaz** para depresiones **menos graves**. Es una técnica de **conversación** utilizada por el especialista que resuelve, además de los síntomas de la depresión, los problemas de personalidad, carácter o de relacionarse, que pudieran provocar o empeorar la depresión.

*“Dentro de los criterios para asumir una psicoterapia es importante elegir un **terapeuta** con el cual sentirse cómodo, escuchado y con la confianza suficiente para poder hablar con comodidad de todos los **sentimientos** que generalmente acompañan a la persona deprimida, los sentimientos de culpabilidad, los miedos y logros expresar el sufrimiento y la sensación de fracaso”. (Orjuela, op. cit.)*

Entre las psicoterapias más utilizadas tenemos:

**Terapia de Apoyo:** En todos los casos, la psicoterapia de apoyo es necesaria; en ella se ayuda al enfermo, en un principio, a **desahogarse** y posteriormente a **identificar** y **asimilar** los eventos de sus vivencias, que pueden estar implicados en el desarrollo y mantenimiento de su estado, para mediante el entendimiento, la comprensión, la simulación, el aprendizaje y el cambio de determinados aspectos de la vida, prevenir futuros episodios.

**Terapia Interpersonal:** Se le denomina interpersonal a un tipo de **terapia breve** que ha tenido buenos resultados. Se desarrolló específicamente para tratar la **depresión mayor** y se enfoca a corregir la frecuente disfunción social. Se enfoca en el **“aquí y ahora”** de los factores que directamente interfieren con las relaciones sociales y no trabaja los fenómenos inconscientes tales como mecanismo de defensa o conflictos internos.

Esta forma de terapia ayuda a las personas con depresión a entender su enfermedad, y su conexión con los asuntos interpersonales. Se fundamenta en la teoría de que el desequilibrio en las relaciones con los demás puede precipitar o perpetuar la depresión y que ésta a su vez hace más difíciles las relaciones.

**Terapia Cognitiva Comportamental:** La terapia de comportamiento se expresa en el **cambio de comportamiento observables** mediante técnicas tales como programación de las actividades, terapia de auto control, adiestramiento, en habilidades sociales y solución de problemas.

Utiliza el consejo psicológico para cambiar hábitos dañinos como los relacionados con el tabaquismo, el abuso del alcohol, las dietas adelgazantes y las secuelas del estrés.

Un supuesto básico de la terapia cognitiva Comportamental es que la conciencia

de la persona está constituida por sus cogniciones que son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos que reflejan la concepción que tiene la persona sobre sí misma, su pasado, su futuro y sobre el mundo que lo rodea.

Este enfoque plantea que las **emociones** y el **comportamiento** están en gran parte determinados por los pensamientos de las cogniciones que influyen sobre el estado de ánimo y el comportamiento.

La teoría Comportamental cognitiva plantea que los síntomas de la depresión se perpetúan por creencias irracionales y actitudes distorsionados hacia la propia persona, el ambiente y el futuro. La auto – inculpación y auto critica causan la depresión mayor.

**Farmacoterapia:** Consiste en el uso de **medicamentos antidepresivos** que actúan sobre los **neurotrasmisores** en el sistema nervioso central, modificando el estado de ánimo y provocando la desaparición o disminución de los síntomas.

La literatura científica plantea que los antidepresivos no producen adicción, ni es necesario ir aumentando su dosis pasado el tiempo.

*“Los antidepresivos permiten sentir tristeza y las preocupaciones pero sin el sufrimiento que nos deja sin esperanza. También ayudan a **regresar el sueño, el apetito, la concentración, mejorar la autoestima**, disminuyen la **ansiedad** y nos empujan a la acción ”. (Orjuela, op. cit.).*

Los antidepresivos son eficaces para tratar los aspectos **bioquímicos** de la depresión.

En general, los medicamentos antidepresivos funcionan aumentando la cantidad de **serotonina** o de **norepinefrina**, o ambas, que hay disponible en la sinapsis.

Tipos de antidepresivos:

**Tricíclicos:** Los antidepresivos tricíclicos aumentan la cantidad de **norepinefrina** y de **serotonina** a diferentes niveles en el espacio de la sinapsis disminuyendo la velocidad a la que las neuronas las **reabsorben** y, al mismo tiempo, también **bloquean** otros receptores de neurotransmisores que no tienen que ver con la depresión; y por esta razón, los antidepresivos tricíclicos producen un índice relativamente elevado de **efectos secundarios**.

Son medicamentos eficaces y no son adictivos. Para que sean efectivos necesitan ser administrados regularmente por **varias semanas** y esto puede ser difícil cuando la

persona está en crisis y busca un alivio inmediato.

Deben administrarse con cuidado en personas que presentan afecciones cardiovasculares. Están **contraindicadas** durante el embarazo (especialmente en el primer trimestre), y en lactancia. Tienen algunos efectos secundarios, como sequedad en la boca, visión borrosa, ganancia de peso y mareos.

### ⇒ ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONO – AMINAOXIDASA. (IMAO<sub>s</sub>)

Estos medicamentos son útiles para personas que **no responden** a los **tricíclicos**, y los inhibidores de mono-aminooxidasa funcionan **disminuyendo** el ritmo de la degradación natural de la **norepinefrina** y de **serotonina**; de ese modo, les permite empapar las neuronas por períodos de tiempo más largo; estos antidepresivos tienen gran eficacia a pesar de tener efectos secundarios; requieren que los pacientes sigan una **dieta especial**. Existe la **desventaja** de que si se consumen algunos alimentos como queso, vino tinto o encurtidos pueden producir un accidente cardiovascular.

### ⇒ ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN SELECTIVA DE SEROTONINA (ISRS<sub>s</sub>)

Los inhibidores de recaptación selectiva de **serotonina** funcionan



específicamente **bloqueando** la absorción de **serotonina**. Como resultado de esta especialidad de acción, alivian los síntomas de la depresión sin causar los efectos secundarios severos que pueden estar asociados con los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de mono-aminaoxidasa.

En algunos pacientes, los **ISRSs** pueden causar dolor de cabeza, náusea, agitación, cambios en el funcionamiento sexual e insomnio. Algunos de estos efectos pueden disminuir con el tiempo.

#### ⇒ **EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS**

En algunas personas, los antidepresivos pueden causar efectos secundarios que generalmente son **leves** y **temporales**. Por lo general, son molestos, pero no graves.

#### ⇒ **EFFECTOS SECUNDARIOS MÁS COMUNES DE LOS ANTIDEPRESIVOS Y LAS FORMAS DE MANEJARLAS.**

- ☞ **Boca seca:** Es útil tomar sorbos de agua, masticar goma de mascar, cepillar los dientes diariamente.
- ☞ **Estreñimiento:** La dieta debe incluir cereales con contenido alto de fibra, ciruelas, frutas y vegetales.
- ☞ **Dificultad al orinar:** Vaciar la vejiga puede ser dificultad y el chorro de orina

puede no ser tan fuerte como de costumbre; debe notificarse al médico si hay dificultad seria o dolor.

- ☉ **Problemas Sexuales:** El funcionamiento sexual puede alterarse; si se vuelve preocupante, debe comunicarse con el médico.
- ☉ **Visión borrosa:** Esto generalmente pasa pronto y no se requieren lentes nuevos.
- ☉ **Mareos:** Conviene levantarse lentamente de la cama o de la silla.
- ☉ **Somnolencia o modorra diurna:** Esto generalmente pasa pronto. Una persona que se sienta somnolencia o sedada no debe conducir ni operar máquinas o vehículos.

Los antidepresivos más sedantes se toman generalmente al acostarse, para ayudar a dormir y minimizar la somnolencia diurna.

Los antidepresivos más nuevos tienen diferentes tipos de efectos secundarios:

- ☉ **Dolor de cabeza:** Generalmente se pasa.
- ☉ **Náusea:** También es pasajera, incluso cuando la sensación de náusea ocurre después de cada dosis, es sólo por un rato.
- ☉ **Nerviosismo e Insomnio:** (Dificultad para dormirse o despertar a menudo durante la noche), estos pueden ocurrir durante las primeras semanas, usualmente se resuelven con el tiempo o tomando una dosis más pequeña.
- ☉ **Agitación:** (sentirse inquieto, tembloroso o nervioso); si esto pasa por primera vez

después de tomar el medicamento y es persistente, el médico debe ser notificado.

- ☯ **Problemas sexuales:** El médico deberá ser consultado si el problema es persistente o preocupante.
- ☯ **Terapia electro – convulsiva: (TEC. “Electroshock”),** es útil, especialmente para los pacientes cuya depresión es **severa** o **pone su vida en peligro** y para los pacientes que no pueden **tomar antidepresivos**. La terapia electro convulsivo es a menudo efectiva en casos en que los medicamentos antidepresivos no proporcionan un alivio suficiente. En los últimos años, la TEC se ha perfeccionado mucho. Antes de administrar el tratamiento, que se hace **bajo anestesia** de duración breve, se administra un relajante muscular. Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, para enviar impulsos eléctricos. La estimulación ocasiona una convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) dentro del cerebro. La persona que recibe TEC no percibe conscientemente el estímulo eléctrico. Para obtener el máximo beneficio terapéutico se requieren varias sesiones de TEC, usualmente programadas con un promedio de tres por semana.

#### ⇒ **PAUTAS PARA REFERIR PACIENTES AL ESPECIALISTA.**

La enfermera y el médico generalista del nivel primario de atención deben considerar referir al paciente al especialista en las siguientes circunstancias:

**Si la persona deprimida expresa su interés en ser vista por un especialista,**

deberá proceder a hacer la referencia, consignando en la hoja correspondiente las razones aducidas. Si en el Centro de Salud o CAPPS donde trabaja hay un médico disponible, deberá presentarle el caso para su consideración.

**La falta de progresos** es un paciente que está en tratamiento, indicado por el especialista, es una razón para su derivación.

Igualmente se deberá referir urgentemente a la persona que presente una **conducta suicida (amenaza de suicidio o intento franco de suicidio)**, independientemente de si está o no en tratamiento. Si la enfermera encuentra indicios de riesgo suicida, nunca debe minimizarlo o pasarlo por alto; debe hablarlo con el paciente, con sus familiares y abordarlo como una situación grave, refiriéndolo en consulta si es preciso al médico del equipo de salud o al especialista.

De la misma manera, se deberá hacer una referencia inmediata si el paciente presenta otros síntomas graves (**alucinaciones, ideas delirantes.**)

También está indicada la referencia a un centro especializado cuando la conducta del paciente es tal que no es posible prestarle atención con los recursos locales (por ejemplo, paciente estupuroso, agresivo o con fuerte agitación).

**ACTIVIDAD No. 2**

- ☐ Realiza lectura analítica identificando puntos relevantes y elabora un esquema, tomando en cuenta los factores de riesgo de la depresión.
- ☐ Clasifica, según la tipología cuáles son los tratamientos más utilizados en la depresión.
- ☐ Presenta un cuadro de los diferentes niveles de atención con relación a los tipos de instituciones que prestan servicio al paciente deprimido.
- ☐ Discute en grupo cuáles son las facetas para referir a un paciente deprimido al especialista y cuáles son las implicaciones para la enfermera.

**⇒ ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA.**

La enfermera(o) debe estar preparada para **identificar** tempranamente a las personas con trastornos afectivos; con este fin deberá adoptar una actitud de alerta frente a la presencia de síntomas y signos indicativos de esa condición. Además, deberá tener siempre en cuenta que la depresión puede estar **enmascarada** por **síntomas somáticos**. Otra actividad importante de la enfermera es la prestación de **consejería** y **apoyo**, tanto al paciente con depresión como a sus familiares.

- Las labores de **educación** y **orientación** los llevará a cabo en la comunidad. Sus actividades se dirigirán primordialmente a la persona enferma y a su familia, pero

también deberá desplegarlas en la comunidad.

- El fomento de grupos de **auto – ayuda** deberá realizarse desde que el paciente inicia el tratamiento, urgiéndolo a que se afilie a los existentes en la comunidad y, en caso de que no existan, **promoviendo su creación**.
- La promoción de **auto cuidado** es una actividad que la enfermera deberá desplegar en sus relaciones con el paciente y su familia y en la comunidad en general. Pondrá especial énfasis en la vigilancia del estado anímico por la propia persona y la necesidad de solicitar ayuda en caso de que los síntomas se hagan evidentes.
- La **referencia o derivación al médico general** o al **psiquiatra** de la persona que sospecha un trastorno afectivo es una actividad crucial de la enfermera, pues así posibilita la instauración de un tratamiento eficaz y oportuno.
- La prestación de **apoyo al tratamiento** prescrito, es de especial valor para su cumplimiento por el paciente. En el caso del tratamiento medicamentoso el apoyo que la enfermera pueda prestar se refiere a: señalar su eficacia sin alentar expectativas infundadas, advirtiendo que los fármacos necesitan un período variable para actuar y, que de no ser eficaces, se podrán ensayar otros.
- La **protección** al paciente con **conducta suicida** lo puede realizar la enfermera tanto en los centros asistenciales como en el hogar. En los primeros días la protección se hará mediante la **observación continuada** del paciente, el **apoyo psicoterapéutico** y el cumplimiento estricto del tratamiento. En el hogar, la enfermera pondrá especial énfasis, además del cumplimiento del tratamiento en la

**instrucción de los familiares** frente a posibles riesgos, al acompañamiento del paciente y a no descuidar la vigilancia cuando el paciente está en vías de recuperación.

⇒ **EDUCACIÓN A LA FAMILIA DE LO QUE PUEDE HACER PARA AYUDAR AL PACIENTE DEPRIMIDO.**

- ☯ Considere la depresión como una **enfermedad**. Es tan real y tan invalidante como la cardiopatía o una neumonía. Es también una enfermedad muy **tratable**.
- ☯ Pase tiempo con la persona si él o ella lo necesita o lo desea.
- ☯ Evite hablar solamente de la depresión y de sus síntomas. Hable de otras personas, del tiempo, de deportes o de las noticias. Si la persona deprimida quiere hablar de su depresión déjela.
- ☯ Pídale a la persona deprimida que ayude con las **tareas** que están dentro de sus capacidades y que le permitirán **sentirse útil**.
- ☯ Acompañe a la persona deprimida a hacer **ejercicios sencillos**, caminar por ejemplo.
- ☯ Deje la persona deprimida estar sola si lo desea. Solo si usted cree que él(ella) sea suicida debe insistir en que no esté solo(a). Si usted cree que la persona es suicida, o si ésta declara que lo es, pregúntele acerca de ello en detalle, inquirendo acerca de sus sentimientos, planes, y un acceso a un medio para el suicidio. Si usted siente que hay un riesgo, contacte al médico de la persona y quédese con ella.

- No responda a la irritabilidad con mal genio o discusiones. La irritabilidad forma parte de la depresión y responde mejor a una renovación breve por su parte.
- No espere que la persona deprimida haga mucho. La depresión es una enfermedad real y severa, no puede esperarse que las personas que están sufriendo de ella hagan tanto como lo que podían cuando sanas.
- Siga con su propia vida. Estará en mucha mejor condición para ayudar si permanece físicamente y emocionalmente saludable. Asegúrese de tener tiempo para salir y hacer las cosas que usted goza.
- Converse con otros que puedan ayudarle a hacer frente a esta situación: amigos, familia o con un terapeuta.
- No se sorprenda o desaliente si surgen algunos contratiempos; habrán días buenos y días malos a través de la recuperación de la depresión, así como hay en la recuperación de cualquier otra enfermedad grave.
- Es muy importante que las personas que se encuentran cerca de un deprimido, transmitan el sentimiento de que les quiere y de que tienen interés en ella, sin agobiarles, y manteniendo una actitud de espera activa, convencidos de que saldrá de su situación.
- Fomente la participación del paciente en actividades que antes le daban placer, como pasatiempos, deportes, actividades religiosas o culturales, pero no fuerce a la persona deprimida a hacer demasiadas cosas demasiado pronto.



## RESUMEN

La **depresión** es un componente normal del repertorio de emociones del ser humano. Sin embargo, la depresión puede pasar de esta experiencia emocional y convertirse en una situación incapacitante para encontrar placer o felicidad con lo que se vive.

La depresión, a diferencia de lo que casi todo el mundo piensa, es una **enfermedad** como cualquiera otra que requiere atención y cuidados médicos. Cualquier persona puede sufrir de depresión. Un **10%** de la población del mundo sufre de depresión, es decir, es una enfermedad tan frecuente como tener la presión alta y más frecuente que la diabetes.

La principal característica de la depresión es la tristeza sin ningún motivo. Las personas que sufren de depresión se sienten insatisfechas con su vida y desanimadas.

Se estima que la depresión mayor tiene una prevalencia en el curso de la vida del **17%** o más, y la depresión breve recurrente del **11%** o superior, con una incidencia que es aproximadamente el doble en las mujeres que en los hombres; se considera que el **75-80%** de las depresiones son recidivantes.

Según datos de algunos autores, el **15-20%** de los pacientes con depresión desarrollan cronicidad y el **10 – 20%** se suicidan. Existen predicciones que estiman que la depresión mayor se convertirá en la segunda enfermedad más incapacitante para el año **2020**, superado tan sólo por la cardiopatía isquémica en cuanto al grado de incapacidad y costo social que originan.

A pesar de la elevada prevalencia tanto de los síntomas depresivos como de los episodios arrojan en pacientes de todas las edades, se considera que la depresión es una enfermedad **infradiagnosticada e infratratada**, especialmente en atención primaria.

Se sabe que para la atención de los trastornos depresivos, el número de profesionales es **insuficiente**, lo que se hace más evidente en las poblaciones alejadas de los centros urbanos en los que se concentran los especialistas de la salud mental, como son: **Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales y Enfermera Especialista**. Por lo tanto, los servicios primarios de salud, tendrán que ser provistos por personal previamente capacitado.

La detección y la atención de la depresión deben ser manejada por el médico general y la enfermera(o) generalista de primer nivel de atención, por lo que se requiere que se le capacite en forma continua en detección y manejo del problema; así como el

conocimiento sobre los pacientes refractarios y con riesgo suicida que requieren del manejo del especialista.

La depresión es un trastorno que requiere que médicos generales y enfermeras(os) generalistas conozcan los métodos para el reconocimiento de los síntomas que se presentan y con ello elaborar un diagnóstico apropiado.

Debido a que los médicos y enfermeras de primer contacto son aquellos que puedan identificar a los pacientes con enfermedad depresiva, es a ellos a quienes se deben enfocar las acciones de capacitación y actualizaciones para que conozcan los principales síntomas, las causas, las fases de la enfermedad y el tratamiento más eficaz; deben reconocer también las pautas para canalizar a los pacientes al segundo y tercer nivel de atención.

Esto garantizará un trato eficiente a los pacientes y con ello la disminución de la carga social de la depresión. Una de las líneas de acción prioritarias dentro de este reto es la detección temprana y el tratamiento oportuno para evitar la cronicidad del padecimiento, las recaídas y prevención de otros riesgos como el suicidio.

Y por último, la depresión es una enfermedad tratable. En 8 de cada 10 personas que la sufren y reciben tratamiento los síntomas desaparecen a las pocas semanas.

## CONSIGNAS DE APRENDIZAJE Y EVALUACIÓN

Pensamos y creemos que has leído analítica y comprensivamente al igual que estudiado el tema identificación y manejo de la depresión.

Pues ahora pedimos que resuelvas las siguientes consignas de formativa, para demostrarte tú mismo que haz aprendido.

## AUTO - EVALUACIÓN

1. Podrías decirnos ¿Cuáles son los síntomas típicos y adicionales de la depresión? Explícalos en clase.
2. ¿Cuáles son las causas y factores de riesgo de la depresión? Exponedlos en clase. Reflexiona.

Claro que lo has hecho bien. Por tanto, sigue y contesta la siguiente consigna.

3. ¿Cuáles son los factores indicadores de riesgo para el suicidio en Panamá? Realiza esta investigación y presenta resultados... ¡Exponedlos en clase! Reflexiona.

Si tienes dificultad... Interacciona con algún compañero que tenga información y que te comente si tiene conocimiento de alguna institución en el país que haya hecho estudios sobre esta temática.

Finalmente, consideras que la capacitación de la enfermera(o) generalista en la identificación y manejo de la depresión, es vital en el ámbito de educación en servicio en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera, para mejorar la calidad de atención a los pacientes con este tipo de trastorno. Nos gustaría conocer tu respuesta.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- AGUILERA, D. y MESSICK, J. (1976). *Control de los Conflictos Emocionales*. México: Nueva Editorial Americana.
- ALVARADO, E. y CANALES, F. (1994). *Metodología de la Investigación*. Estados Unidos: OPS.
- BAN, T. (1978). *El Diagnóstico de la Depresión*. Costa Rica: Editorial Gráfica Pipo, S.A.
- BATISTA, A. (1988). *Tecnología Educativa Cognitiva*. En Enfoques Pedagógicos de la Tecnología Educativa. Universidad de Panamá. Facultad de Ciencias de la Educación. 1er Simposio sobre tecnología educativa.
- CARREÑO, F. (1992). *Enfoques y Principios Teóricos de la Evaluación*. México: Editorial Trillas.
- CARROLL, H. (1984). *Higiene Mental*. México: Compañía Editorial Continental.
- CHADWICK, C. (1998). *Tecnología Educacional para el Docente*. España: Editorial Paidós.
- CLEMENT, C. y Arango, M. (1983). *Manual de Psiquiatría para Trabajadores de la Atención Primaria*. Washington, D.C.: O. P. S. y O. M. S.
- ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA OCÉANO. (1992). *La Edad Adulta*. Tomo 4. España: Ediciones Océano.
- GARCÍA, E., y RODRÍGUEZ, H. (1992). *El Maestro y los Métodos de Enseñanza*. México: Editorial Trillas.
- HERNÁNDEZ, R., y Otros. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial McGraw-Hill.
- LANCASTER, J. (1984). *Enfermería Comunitaria: Modelos de Prevención de la Salud Mental*. México: Nueva Editorial Interamericana.

MUNRO, A. y Wallace C. (1984). *Psiquiatría para las Trabajadoras Sociales*. México: Compañía Editorial Continental.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa de Salud Mental. División de Promoción de la Salud Iniciativa “*Conozca la Depresión y Enfréntala*” 1999.

RAMÍREZ, P., y RODRÍGUEZ, M. (1990). *Administración de la Capacitación*. México: McGraw-Hill.

TRAVELBEE, J. (1974). *Intervención en Enfermería Psiquiátrica*. Washington, D.C.: O. P. S.

## OTRAS FUENTES

DICCIONARIO MOSBY (2000). *Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. Madrid: Ediciones Harcourt.

GUÍA MÉDICA. (2000). *La Salud en la Tercera Edad*. Madrid: Cultural, S.A.

## REVISTAS

BALLESTEROS, PEPA. (1992). *Prevenir Cómo Liberarse de la Depresión*. Madrid: Editorial Safeliz.



## **ANEXOS**

**ANEXO N° 1**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE TESIS 2004																													
Tiempo Programado:																													
Tiempo Ejecutado:																													
		TIEMPO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
Nº	ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Revisión y análisis de bibliografía																												
2	Establecimiento de la hipótesis de Trabajo y los objetivos																												
3	Definición y desarrollo de la metodología de trabajo																												
4	Inicio del trabajo (Laboratorio de campo)																												
5	Búsqueda de datos																												
6	Interpretación de la información, discusión de los resultados y conclusiones																												
7	Preparación del manuscrito																												
8	Revisión del manuscrito																												
9	Sustentación																												
10	Encuadernación de la tesis																												

**ANEXO N° 2**

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST – GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN DOCENCIA SUPERIOR

**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS (OS) ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS DE  
LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA**

**INSTRUCCIONES:**

1. Coloque la respuesta en los espacios en blanco.
2. En las preguntas donde se señale opciones, marque con un gancho el espacio de la alternativa que eligió.
3. En las preguntas de selección múltiples, coloque un círculo alrededor de la respuesta que considera correcta. Elija una sola respuesta.

**A. DIMENSIÓN DE GENERALIDADES.**

1. Años de graduada que posee \_\_\_\_\_
2. Años al servicio profesional \_\_\_\_\_
3. ¿Conoce usted lo que es docencia en servicio?   Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
4. ¿Ha recibido capacitación en Servicio sobre la Identificación y Manejo del Paciente con Depresión?   Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.
5. Si la respuesta anterior fue afirmativa, señale ¿qué tiempo hace? \_\_\_\_\_

6. ¿Considera usted que es importante que la enfermera este capacitada para poder identificar y manejar el paciente con depresión?

SÍ \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### **B. DIMENSIÓN DE CONOCIMIENTO.**

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones **ES FALSA** con relación a la depresión?
  - a. Es una enfermedad como cualquier otra.
  - b. Es más frecuente entre las mujeres que los hombres.
  - c. Como cualquier enfermedad, necesita tratamiento médico.
  - d. Un 10% de la población mundial la padece.
  - e. Es lo mismo que tristeza.
  
2. ¿Cuál de los siguientes criterios es un requisito indispensable para hacer el diagnóstico de la depresión?
  - a. Falta de interés en realizar actividades antes placenteras y sentimiento de vacío en los últimos días.
  - b. Ánimo depresivo francamente anormal y reproche durante la mayor parte del día.

- c. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad y problemas para dormir en forma esporádica los últimos meses.
  - d. Falta de interés por cosas que disfrutaba antes y ánimo depresivo casi todo el tiempo durante 15 días o más.
3. ¿Cuáles de estos signos y síntomas usted **NO** observaría en un paciente deprimido?
- a. Cara triste, descuido personal y sentimientos de grandeza.
  - b. Llanto fácil, irritabilidad y disminución de la memoria.
  - c. Alteraciones del sueño, decaimiento y falta de confianza en sí mismo.
  - d. Tristeza, descuido personal y alteraciones del sueño.
  - e. Le cuesta recordar las cosas, libido disminuido e ideas de daño.
4. ¿Cuál de las siguientes situaciones **NO** suele estar asociada a la depresión?
- a. Suicidio.
  - b. Acontecimientos estresantes.
  - c. Alcoholismo.
  - d. Maternidad reciente.
  - e. Demencia.
4. ¿Cuál es el síntoma(s) que generalmente **NO** se presenta en la depresión?
- a. Síntomas somáticos inespecíficos.

- b. Cefalea persistente.
  - c. Alteraciones digestivas.
  - d. Lumbago crónico.
  - e. Aumento de peso.
5. ¿Cuál es la causa de la depresión?
- a. Enfermedades como diabetes, infarto, demencia senil o problemas con las hormonas
  - b. Personalidad explosiva
  - c. Crisis situacionales
  - d. Personas sin antecedentes familiares de haber sufrido de depresión
  - e. Tener una personalidad optimista
6. ¿Es la población con menos riesgo de sufrir depresión?
- a. Personas que sufren enfermedades crónicas.
  - b. Mujeres que han parido recientemente.
  - c. Personas que han perdido el trabajo.
  - d. Personas sin familia y sin apoyo social.
  - e. Varones jóvenes.

**C. DIMENSIÓN DE TRATAMIENTO:**

1. Qué tipo de psicoterapia puede ser útil para mejorar el cuadro depresivo de un paciente:
  - a. Ninguna, la psicoterapia es para otros problemas.
  - b. Psicoanálisis durante unos años.
  - c. Psicoterapia recreativa.
  - d. Psicoterapia cognitiva.
  - e. Remotivación.
  
2. ¿Es un aspecto positivo que se logra con un tratamiento adecuado de la depresión?
  - a. El tiempo que media entre una recaída y otra que sea corto.
  - b. Recuperación parcial o total del nivel de actividad que el paciente tenía después de enfermarse.
  - c. Disminuir el sufrimiento del paciente y la duración de los síntomas de la enfermedad.
  - d. Aumentar de cierto modo los costos para el paciente y la sociedad.
  
3. ¿Cuál de los siguientes tratamientos **NO** está indicado en el paciente deprimido?
  - a. Antidepresivos.
  - b. Psicoterapia Individual.
  - c. Terapia electro convulsivo.

- d. Psicoterapia Grupal.
  - e. Psicoterapia Cognitiva.
5. ¿Es un efecto secundario que **NO** se presenta en pacientes que toman antidepresivos tricíclicos?
- a. Sequedad de la boca.
  - b. Visión borrosa.
  - c. Estitiques o estreñimiento o constipación.
  - d. Sueño.
  - e. Orinar con mucha frecuencia.

**D. DIMENSIÓN DE MANEJO:**

1. Frecuentemente el primer contacto de la persona deprimida en los servicios de salud es con:
- a. Enfermera(o).
  - b. Enfermera(o) especialista en Salud Mental.
  - c. Médico General.
  - d. Psicóloga(o).
  - e. Psiquiatra.



2. Si usted capta a un paciente deprimido lo referiría a:
- a. Enfermera Especialista en Salud Mental
  - b. No lo referiría, le brindaría la atención.
  - c. Médico General
  - d. Psicología
  - e. Psiquiatría
3. ¿Cuál de estos aspectos **NO** incluiría en la educación a la familia del paciente deprimido?
- a. Información técnica sobre trastornos afectivos.
  - b. Riesgos de suicidio.
  - c. Recaídas, recurrencias y cumplimiento el tratamiento.
  - d. Recursos comunitarios.
  - e. Aclaración de dudas y resolución de conflictos.
4. ¿El paciente deprimido debería recibir atención sólo por un personal especializado?

Sí \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E. DIMENSIÓN DE VALORACIÓN:**

1. El ofrecer atención de enfermería a pacientes con cuadro depresivo produce inseguridad al(a) enfermera(o):

Sí \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Le gustaría participar de un programa de docencia en servicio sobre identificación y manejo de pacientes con depresión?

Sí \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ ¿Por qué?

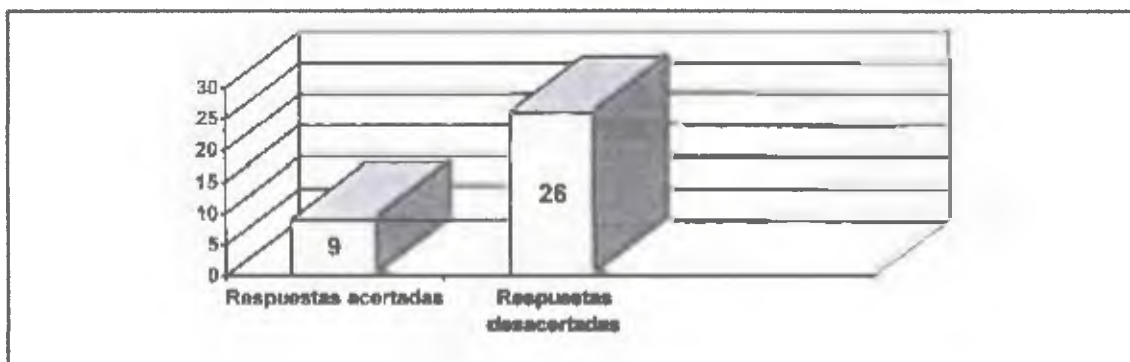
## ANEXO No. 3

GRÁFICA No. 1  
NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)  
GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA  
CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; EN RELACIÓN  
CON CUÁL ES EL REQUISITO INDISPENSABLE PARA HACER EL  
DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.  
ABRIL, 2004



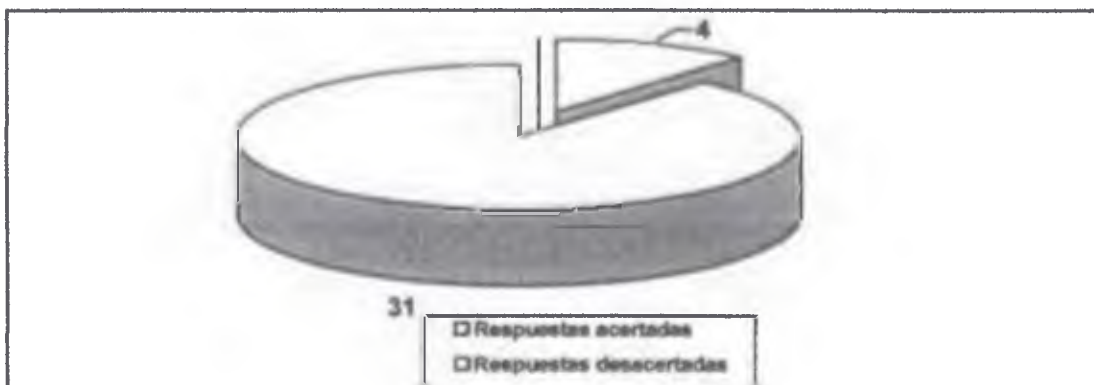
Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

**GRÁFICA No. 2**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)**  
**GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA CAJA**  
**DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; SOBRE CUÁLES SON LOS**  
**SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE NO SE OBSERVAN**  
**EN EL PACIENTE DEPRIMIDO.**  
**ABRIL, 2004**



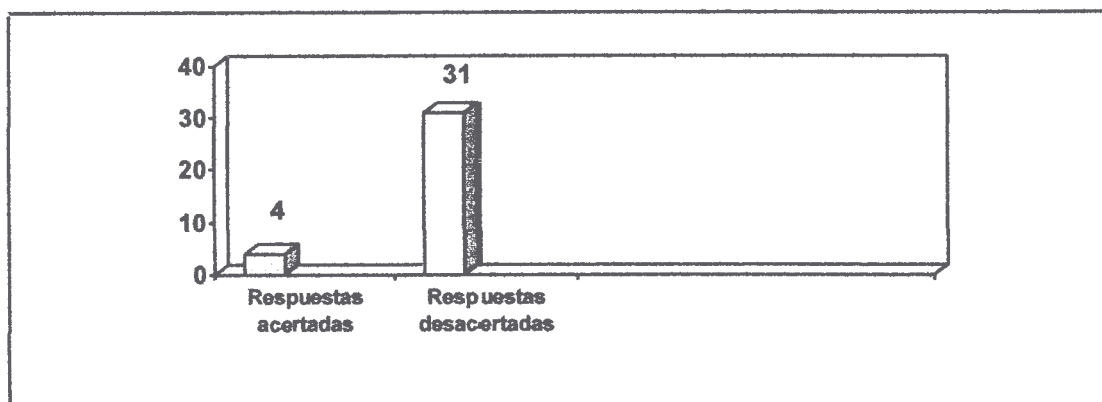
Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

**GRÁFICA No. 3**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)**  
**GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA**  
**CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; SOBRE LOS**  
**SÍNTOMAS QUE GENERALMENTE NO SE PRESENTA**  
**EN LA DEPRESIÓN.**  
**ABRIL, 2004**



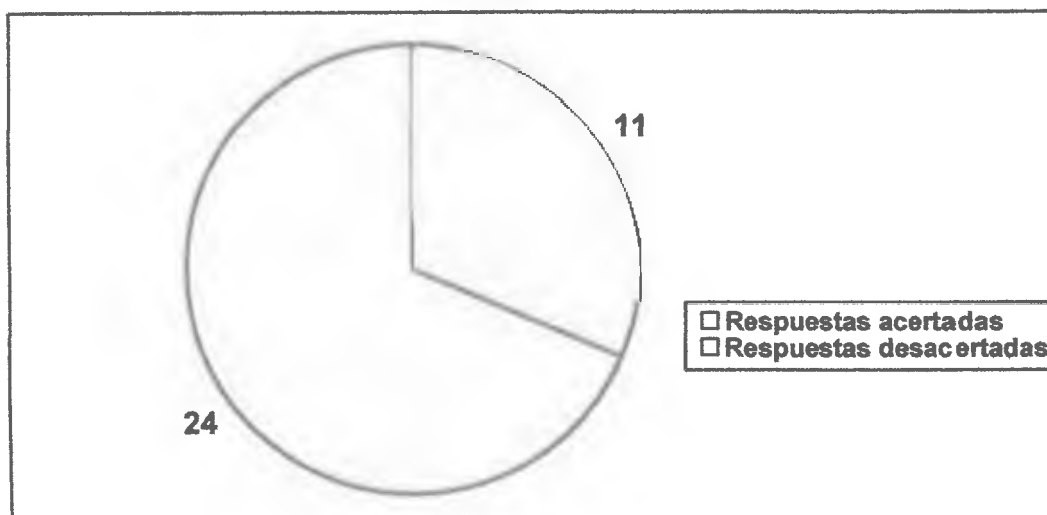
Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

**GRÁFICA No. 4**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS (OS) ENFERMERAS (OS)**  
**GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA**  
**CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; SOBRE**  
**CUÁL ES EL TIPO DE PSICOTERAPIA MÁS ÚTIL**  
**PARA MEJORAR EL CUADRO DEPRESIVO.**  
**ABRIL, 2004**



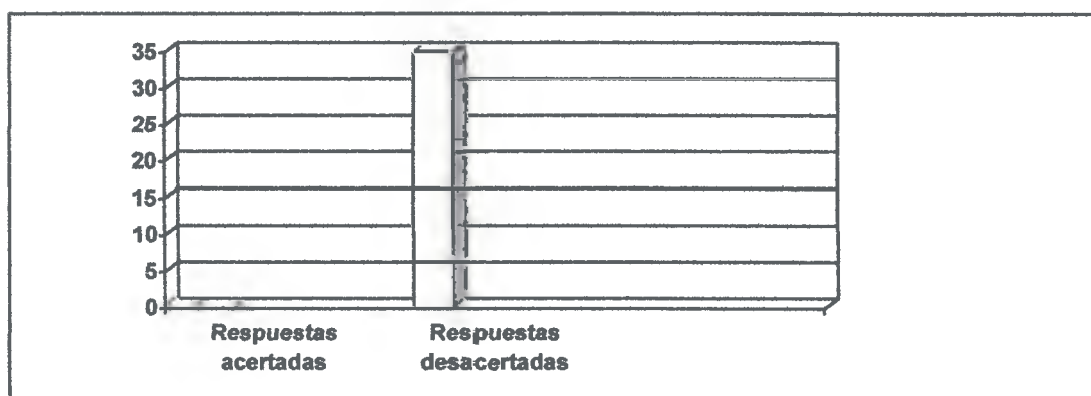
Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

**GRÁFICA No. 5**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)**  
**GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA**  
**CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; CON**  
**RELACIÓN A QUÉ ASPECTO POSITIVO SE LOGRA CON**  
**UN TRATAMIENTO ADECUADO DE LA DEPRESIÓN**  
**ABRIL, 2004**



Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

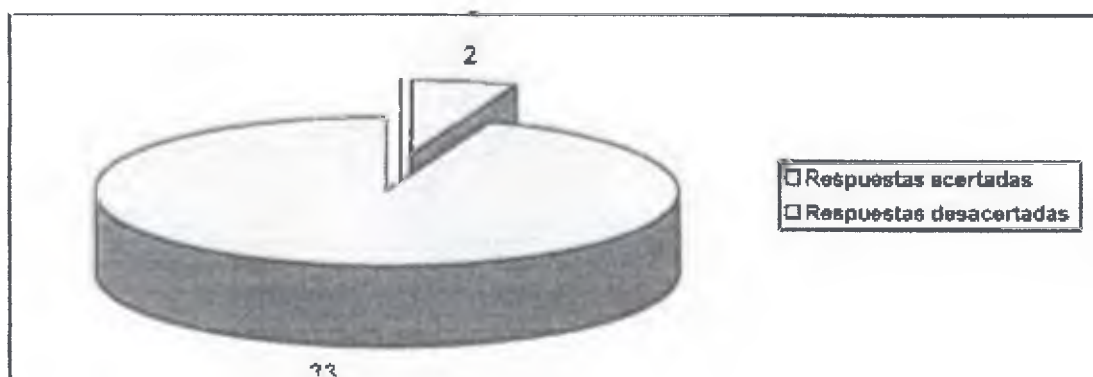
**GRÁFICA No. 6**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)**  
**GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA**  
**CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; SOBRE EL**  
**TRATAMIENTO QUE NO ESTÁ INDICADO**  
**EN LA DEPRESIÓN**  
**ABRIL, 2004**



Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

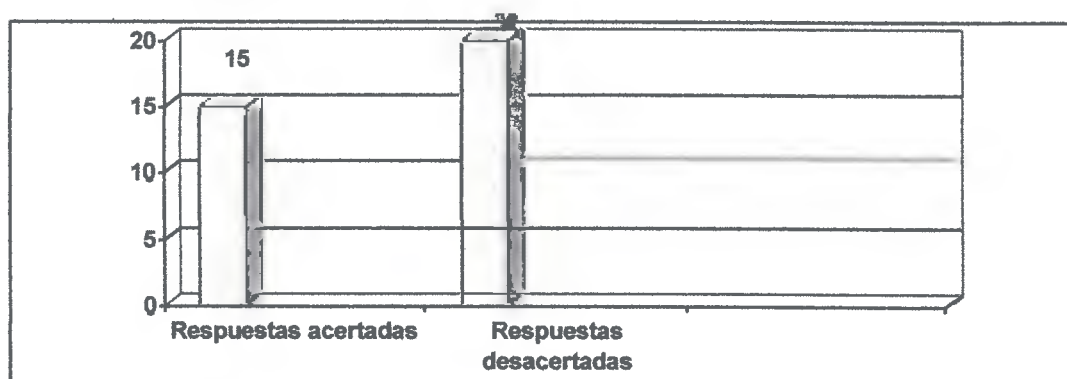


**GRÁFICA No. 7**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)**  
**GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA**  
**CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; CON**  
**RELACIÓN A DÓNDE DEBE SER REFERIDO EL**  
**PACIENTE DEPRIMIDO UNA VEZ LO CAPTE.**  
**ABRIL, 2004**



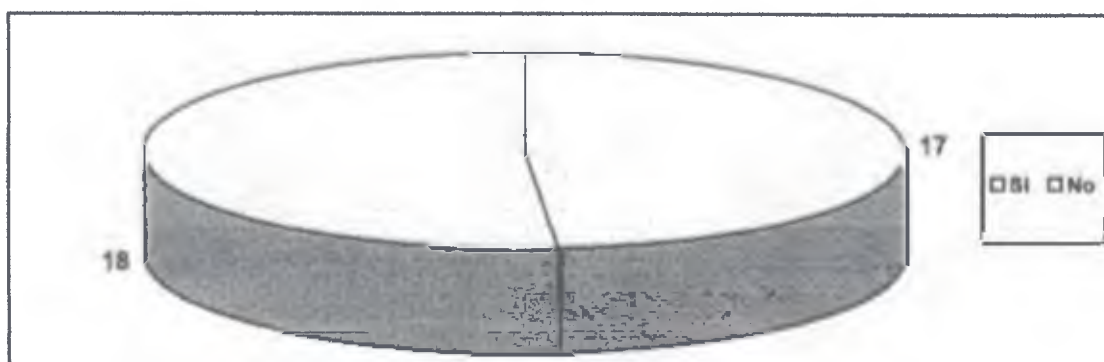
**Fuente:** Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

**GRÁFICA No. 8**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LAS(OS) ENFERMERAS(OS)**  
**GENERALISTAS QUE LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA**  
**CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; SOBRE**  
**QUÉ ASPECTOS NO SE DEBE INCLUIR EN LA EDUCACIÓN**  
**DE LA FAMILIA DEL PACIENTE DEPRIMIDO.**  
**ABRIL, 2004**



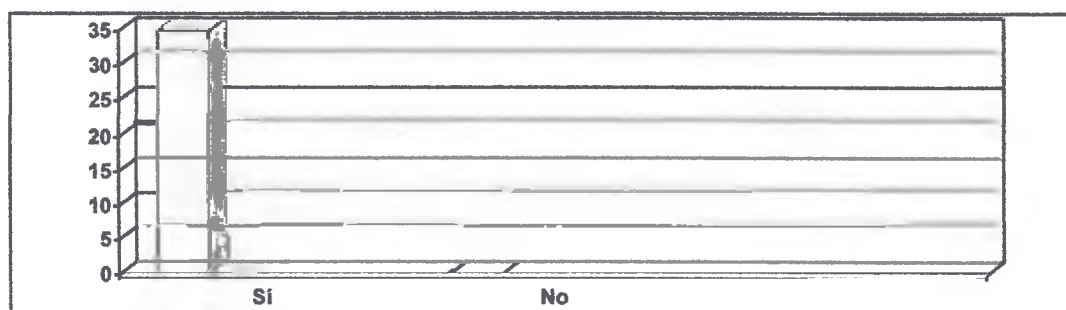
Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

**GRÁFICA No. 9**  
**OPINIÓN DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS QUE LABORAN EN**  
**LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN**  
**DE HERRERA; EN RELACIÓN A SI EL PACIENTE DEPRIMIDO**  
**DEBE RECIBIR ATENCIÓN SOLO POR**  
**UN PERSONAL ESPECIALIZADO.**  
**ABRIL, 2004**



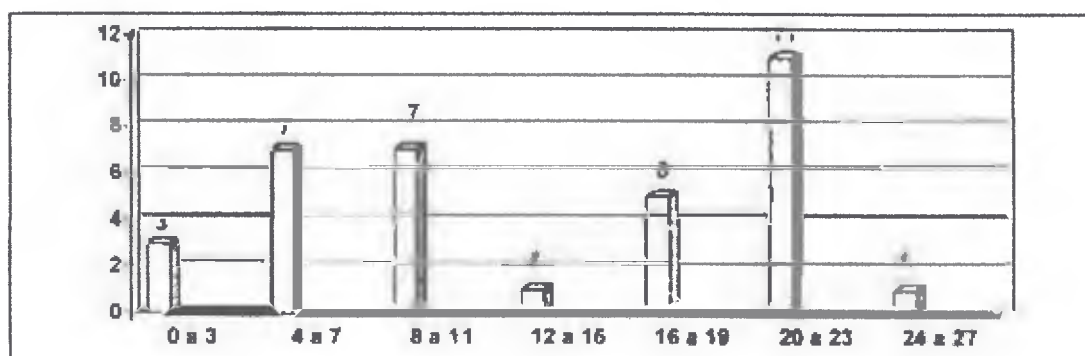
**Fuente:** Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

**GRÁFICA No. 10**  
**OPINIÓN DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS QUE LABORAN EN**  
**LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE**  
**HERRERA; CON RELACIÓN A LA DISPONIBILIDAD DE PARTICIPAR**  
**EN UN PROGRAMA DE DOCENCIA EN SERVICIO SOBRE LA**  
**IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE**  
**CON DEPRESIÓN.**  
**ABRIL, 2004**



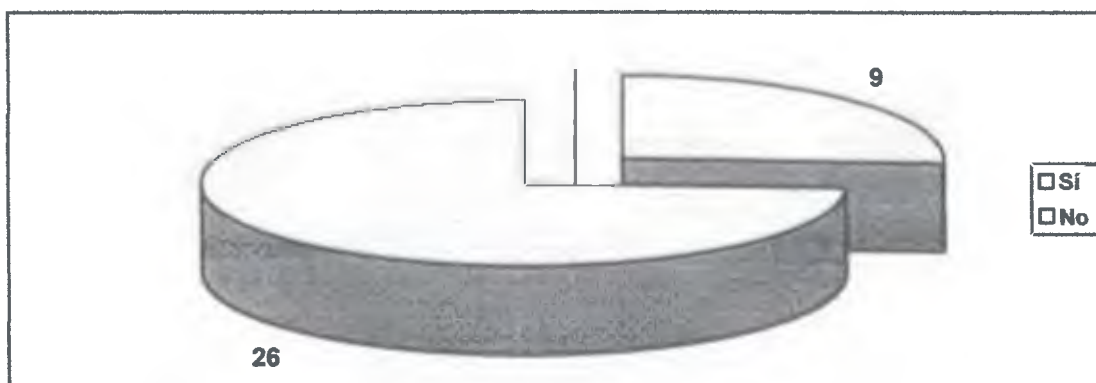
Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

GRÁFICA No. 11  
CLASIFICACIÓN DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS QUE  
LABRAN EN LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL,  
REGIÓN DE HERRERA; SEGÚN AÑOS DE SERVICIO PROFESIONAL.  
ABRIL, 2004



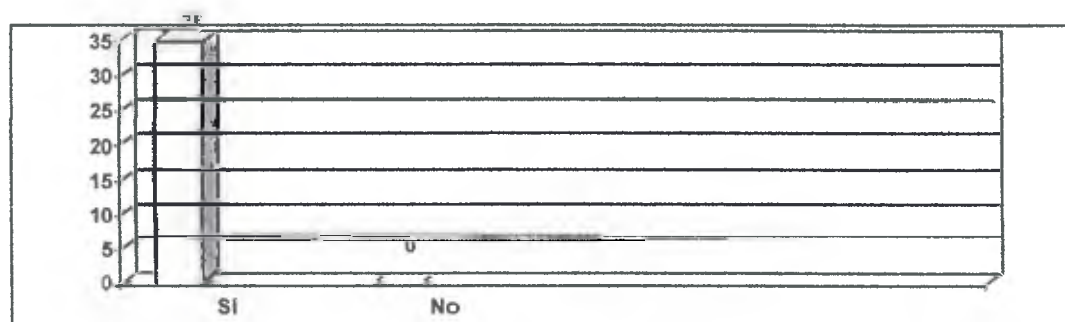
Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

**GRÁFICA No. 12**  
**RESPUESTAS DE LAS(OS) ENFERMERAS (OS) GENERALISTAS QUE**  
**LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO**  
**SOCIAL, REGIÓN DE HERRERA; EN RELACIÓN SI HA**  
**RECIBIDO CAPACITACIÓN EN SERVICIO SOBRE LA**  
**IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE**  
**CON DEPRESIÓN.**  
**ABRIL, 2004**



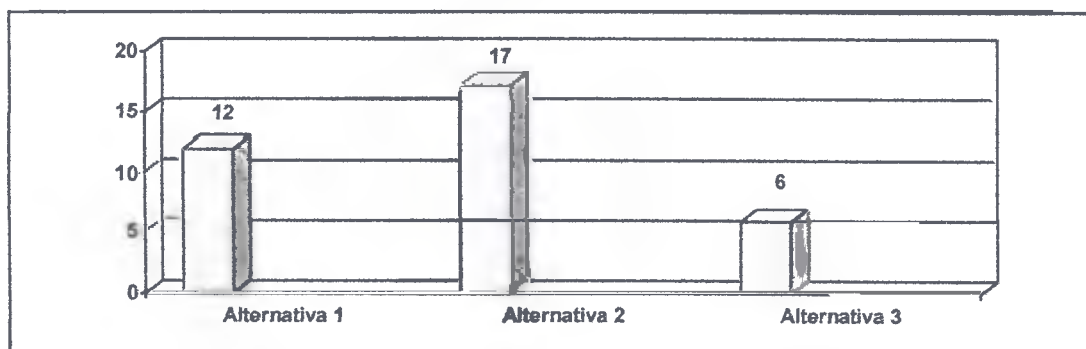
**Fuente:** Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

GRÁFICA No. 13  
CONSIDERACIONES DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS QUE  
LABORAN EN LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL,  
REGIÓN DE HERRERA; SOBRE LA IMPORTANCIA DE ESTAR  
CAPACITADOS (AS) PARA PODER IDENTIFICAR Y MANEJAR  
AL PACIENTE CON DEPRESIÓN.  
ABRIL, 2004



Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.

**GRÁFICA No. 14**  
**OPINIÓN DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) GENERALISTAS QUE LABORAN EN**  
**LAS INSTALACIONES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL, REGIÓN DE**  
**HERRERA; CON RELACIÓN A LAS RAZONES DEL PORQUÉ ES**  
**IMPORTANTE ESTAR CAPACITADA(O) PARA PODER**  
**IDENTIFICAR Y MANEJAR AL PACIENTE**  
**CON DEPRESIÓN.**  
**ABRIL, 2004**



Fuente: Encuesta aplicada a las(os) enfermeras(os) generalistas que laboran en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, Región de Herrera.



## ANEXO N° 4

## PRESUPUESTO / PROGRAMACIÒN FINANCIERA

CANTIDAD	DESCRIPCIÒN	PRECIO UNITARIO	TOTAL
03	PAPEL BOND DE 20 LBS 8 1/2 X 11 X 500	5.00	15.00
12	PLUMA- KILOMÈTRICA BIC	0.25	3.00
12	LÀPICES MONGOL HB N° 2	0.25	3.00
05	BORRADORES PENTEL	0.25	2.25
05	CORRECTORES LÌQUIDOS PAPER	1.90	9.50
100	COPIAS BLANCO Y NEGRO	0.25	25.00
50	COPIAS A COLORES	1.00	50.00
01	ELABORACIÒN DEL BORRADOR 200 PÀGINAS APROXIMADAMENTE	0.50	100.00
02	CORRECIÒN DEL BORRADOR 100 PÀGINAS	0.25	25.00
50	TRANSPARENCIAS A COLORES	1.00	50.00
01	INFORME FINAL	0.75	50.00
03	EMPASTE Y FOTOCOPIA DEL INFORME FINAL	40.00	120.00
02	TRANSPORTE	100.00	200.00
02	ALIMENTACIÒN	100.00	200.00
	GASTOS TELEFÒNICOS	50.00	50.00
	SERVICIOS PROFESIONALES	200.00	200.00
02	ENCUESTADORES	75.00	150.00
			1352.75
	IMPREVISTOS 10%		135.25
	<b>TOTAL</b>		<b>1,488.00</b>